



**UNIVERSIDADE DO MINDELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2015/2016 – 4º ANO

Autora: Kátia Maria Da Luz Pinto, Nº: 2818

Mindelo, julho de 2016

O presente trabalho será apresentada à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Atuação do enfermeiro urgentista no controlo da dor

Kátia Maria da Luz Pinto, N.º:2818

Orientadora: Enf.ª Suely Reis

Mindelo, julho de 2016

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos que me foram importantes para a realização do mesmo. Em especial a minha família (meus pais, meus irmãos e por fim a pessoas que me é importante, meu filho).

São estas as pessoas que são importantes para mim e a base em tudo em minha vida.

Agradecimento

Qualquer processo da vida vem de etapa que por sua vez são mais ou menos complicadas com dificuldades que por vezes são de difícil ultrapassar mas que com ajuda das pessoas mais importantes conseguimos alcançar nossos objectivos.

Assim torna-se fundamental agradecer as pessoas que contribuíram para concretização de mais uma etapa da minha vida. Assim sendo deixo os meus sinceros agradecimentos:

Agradeço a Deus pela força, coragem e determinação para vencer mais uma etapa da vida.

Aos meus pais e irmãos pela força e apoio que me deram durante estes anos para poder assim concluir este percurso.

Ao meu filho pelo carinho, compreensão e atenção disponibilizada. Um muito obrigada!

Também um especial agradecimento a minha orientadora Suely Reis, pela forma como fez para uma mais aquisição de conhecimento para o trabalho, os encontros feitos sobre o tema para melhorias do trabalho até o seu término.

Aos docentes da Universidade do Mindelo que de uma forma ou de outra fizeram parte da minha formação académica.

Aos meus colegas de curso, pelo apoio disponibilizados e pela amizade.

A todos os enfermeiros do serviço de banco de urgência que ajudaram na recolha de informação e ainda também por disponibilizarem o seu tempo para estarem comigo para mais um elemento de aquisição de conhecimento durante este ensino clínico.

A todos que de uma forma ou de outra ajudaram direta ou indiretamente para que esta pesquisa fosse concluída com sucesso.

A todos um muito obrigada!

Resumo

A dor é uma das principais causas de procura dos cuidados médicos, constituindo-se em um problema socioeconómico de relevância que acarreta grandes custos financeiros para os serviços de saúde pública, implicando assim a mobilização e definição de estratégias de prevenção e controlo do mesmo. A dor é uma experiência subjetiva e multidimensional, que pode ser percebida de forma e intensidades diferentes em pessoas diferentes, surgindo assim a necessidade de estudar os sinais e sintomas que estão sempre associados a dor como o caso da precordialgia. Pois da revisão da literatura realizada nota-se que a doença isquémica cardíaca não tem uma tradução clínica uniforme, todavia a precordialgia é a forma mais comum de aproximar o utente do médico. A fluência de utentes com queixas de dor precordial tem vindo a aumentar ano por ano nos serviços de urgência, registando assim uma entrada de 165 utentes em 2014 para 225 utentes em 2015 no serviço de urgência do Hospital Baptista de Sousa.

No estudo delineou-se como objectivo geral analisar a atuação do enfermeiro urgentista no controlo da dor precordial no serviço de urgência. Nesta pesquisa optou-se por um trabalho de carácter qualitativo, exploratório e descritivo, com uma abordagem fenomenológica. A recolha de informações foi a entrevista semi estruturada com seis entrevistados.

Os resultados das informações colhidos indicam que os enfermeiros do banco de urgência estão capacitados tecnicamente e psicologicamente para satisfazer as reais necessidades do utente com dor precordial. A avaliação da dor segue como um desafio aos profissionais de saúde nos serviços de urgências devido a subjetividade e a dificuldade em sua mensuração. Mas dada a perícia e capacitação do enfermeiro urgentista para a detenção de uma dor precordial é sempre importante estar mais atento aos sintomas apresentados para mais rapidamente controlar a dor.

Palavras-chaves: dor, dor precordial, tratamento da dor, cuidados de enfermagem;

Abstract

Pain is one of the main reasons for seeking medical care, thus becoming a socioeconomic problem of relevance that brings great financial cost to the public health services, implying the mobilization and definition of prevention and control strategies of it. Pain is a subjective and multidimensional experience that can be perceived in different forms and intensities in different people, resulting in the need to study the signs and symptoms that are always associated with pain in the case of chest pain. For the literature review performed, is noted that ischemic heart disease does not have a uniform clinical translation, but the chest pain is the most common way to bring the wearer to the doctor. The fluency of wearers with chest pain complaints has been increasing year by year in the emergency rooms, thus registering a 165 entry of users in 2014 to 225 users in 2015 in the emergency room of the Baptista de Sousa Hospital.

In this study it was outlined as main objective to analyze the work of nurses in the management of chest pain in the emergency rooms. In this research was opted for a qualitative work, exploratory and descriptive, with a phenomenological approach. The collection of data was a semi-structured interview with six respondents.

The result of the collected information indicates that the emergency ward nurses are trained technically and psychologically to meet the real needs of the client with chest pain. The evaluation of pain is followed as a challenge to the health professionals in emergency services due to subjectivity and difficulty in measurement. But given the expertise and training of the nurses for the detection of chest pain it is always important to be more aware of the symptoms for faster pain control.

Keywords: pain, chest pain, pain management, nursing care;

Lista de siglas/ Abreviaturas

AAS - Ácido acetilsalicílico

ABD - Água Bid Estilada

BUA - Banco de Urgência de Adulto

CIE - Conselho Internacional do Enfermeiro

CIPE -Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

Cp - Comprimidos

CPK - Enzima fosfoquinase creatínica

DGS - Delegação Geral de Saúde

DM - Diabetes Mellitus

DMD - Dose máxima diária

DP - Dor Precordial

EEMMA - evolução da dor; explicação da causa; manejo terapêutico; monitorização do tratamento; atenção aos detalhes

ex. - Exemplo

FC - Frequência Cardíaca

Fem - Feminino

h - Hora

HBS - Hospital Baptista de Sousa

HTA - Hipertensão Arterial

IASP - Associação internacional de estudo da dor

INC - Classificação internacional para a enfermagem

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

Kg - Quilograma

LDH - Enzima desidrogenase láctica

Mas - Masculino

mg - Miligrama

ml - Mililitro

N/D - No Date

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem

°C - Graus Celcius

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão Arterial

PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PNS - Política Nacional de Saúde

séc. – século

SL - Sub- lingual

StO₂ - Saturação de Oxigénio

SU - Serviço de Urgência

TENS- Neuroestimulação elétrica transcutânea

TGO - Enzima transaminase glutâmica oxilacética

UNIC - Unidade de cuidados paliativos

VO - Via oral

Índice

INTRODUÇÃO.....	13
Problemática e justificativa	15
Objectivos do trabalho.....	18
CAPÍTULO I- ESTADO DA ARTE.....	19
1.1. Conceitos da dor.....	20
1.1.1. Fisiopatologia da dor.....	21
1.2. Tipo de dor	22
1.3. Avaliação da dor.....	24
1.4. Qualidade da dor	27
1.5. Dor precordial	28
1.5.1. Principais sintomas de uma precordialgia.....	28
1.5.2. Factores de risco na doença cardiovascular	29
1.5.3. Possíveis diagnósticos de uma precordialgia	30
1.5.3.1. Angina do peito	30
1.5.3.2. Enfarto agudo do miocárdio	31
1.5.3.3. Angina instável.....	32
1.5.3.4. Morte súbita.....	33
1.5.3.5. Isquemia silenciosa	33
1.6. Assistência em enfermagem.....	33
1.6.1. A equipe de enfermagem frente ao doente com dor.....	34
1.6.2. Papel do enfermeiro em utentes cardíacos	35
1.6.3. Tratamento da dor	36
1.6.3.1. Tratamento farmacológico	36
1.6.3.2. Tratamento não-farmacológico	38
1.6.4. Assistência de enfermagem aos utentes com dor precordial.....	39
1.7. Diagnóstico de Enfermagem de NANDA.....	40

1.8.	Intervenções de enfermagem NIC/NOC	41
CAPITULO II- FASE METODOLÓGICA		43
2.1.	Tipo de estudo	44
2.2.	A técnica e o instrumento de recolha de informações.....	45
2.3.	População alvo e amostra.....	46
2.4.	Questões éticas de investigação	47
CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA		49
3.1.	Apresentação e análise dos dados	50
3.2.	Análise e interpretação das categorias	52
3.3.	Conclusão da análise dos dados	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS		66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		67
Apêndices		70
Apêndice I- Requerimento.....		70
Apêndice II- Consentimento Informado		72
Apêndice III- Guião de Entrevista		73
Anexos		74
Anexo I- Classificação da dor em termos de duração.....		74
Anexo II- Classificação da Dor		75
Anexo III- Escala visual analógica		76
Anexo IV- Avaliação de Dor no utente Confuso Não-comunicativo		77
Anexo V- Características da angina de peito.....		78
Anexo VI- Doses recomendadas de analgésicos não-opioides disponíveis no Brasil		79
Anexo VII- Métodos de tratamento não-farmacológico.....		80
Anexo VIII- Fluxograma de Triagem de Manchester da Dor Torácica.....		81
Anexo IX- Definição da dor segundo NANDA.....		82
Anexo X- Definição de dor crónica segundo NANDA		83

Anexo XI- Intervenções NIC	84
Anexo XII- Classificações NOC.....	85

Índice de tabela

Tabela 1: Apresentação e características da amostra em estudo.....50

Tabela 2: Categorias e sub categorias das entrevistadas.....51

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do curso de Licenciatura em Enfermagem lecionada na Universidade do Mindelo. Trata-se de um trabalho de conclusão de curso tendo como objectivo desenvolver uma investigação sobre a problemática escolhida.

A enfermagem é uma das ciências de saúde que está em constante transformação em relação aos conhecimentos, portanto, é necessário que o enfermeiro esteja em constante modificação de conhecimento junto com a ciência, é neste sentido que é importante a realização de trabalhos científicos com o objetivo de melhorar a qualidade dos seus cuidados prestados aos utentes.

A pesquisa em enfermagem tem como objectivo validar e aperfeiçoar os conhecimentos existentes e gerar novos conhecimentos que direta ou indiretamente, influenciam a prática de enfermagem.

O presente trabalho tem como tema a Atuação do enfermeiro urgentista no controlo da dor, com o intuito de entender qual a percepção do enfermeiro no controlo da dor dentro do serviço de urgência de adulto no Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS).

O serviço de urgência exige ter profissionais de saúde qualificados e capacitados para dar resposta a uma necessidade exigida. Pois é neste serviço de um hospital que entra grande número de pessoas por dia, de diferentes faixas etárias até uma classe social diferenciada bem como as patologias.

Contudo a aquisição de conhecimentos e técnicas cientificamente válidas permite melhoria na qualidade do atendimento nos cuidados prestados aos utentes disponibilizando melhores recursos para realização das tarefas pretendidas.

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde, confinando a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes.

Considera-se ainda um tema pertinente pois pode contribuir para mais um aprofundar de conhecimento sobre a problemática. Assim sendo é importante reconhecer

o papel do enfermeiro perante um utente com dor e de que forma é feito o alívio do sofrimento do mesmo.

O trabalho estar-se-á organizado em três capítulos bem definidos: no primeiro capítulo falar-se-á sobre o estado da arte, ou seja, realçar os principais conceitos relacionados com o tema entre eles o conceito e os tipos de dor, avaliação da dor, qualidade de vida dos utentes com dor bem como a assistência em enfermagem á utentes com dor para o controlo do mesmo.

No segundo capítulo apresentar-se-á o estado de arte, onde irá demonstrar a metodologia utilizada para o trabalho e os processos a serem traçados para a posterior colheita de dados (guião de entrevista, consentimento Informado, entre outros) respeitando assim todos os princípios éticos.

E no ultimo capítulo encontrar-se-á a fase empírica onde encontrar-se-á todos os dados colhidos para uma futura análise dos mesmos. No término do trabalho encontrar-se-á todos os anexos e bem como as apêndices necessários para o trabalho.

Ainda que no decorrer do trabalho deparar-se-á com as normas de redação e formatação cientificamente válidas bem como os novos acordos ortográficos em vigor.

Problemática e justificativa

A dor tem diferentes significados para cada pessoa, porém a mesma dor tem intensidades diferentes para a mesma pessoa, daí que o interesse pelo tema surge num dos ensinos clínicos feito no banco de urgências de adulto constatou-se uma maior entrada de utente como a dor sendo a principal sintoma em causa.

Dentro de um bom processo de avaliação é de suma importância poderemos reconhecer a multiplicidade e multidimensionalidade desses sintomas e admitir que cada pessoa não é simplesmente um ser biológico com alguns sinais e sintomas, mas também um ser biográfico, que na sua vida está repleta de histórias e experiências, que incluem convivência com seus pares, parentes, amigos, inimigos e o mundo. Assim, justifica-se a necessidade da equipe multiprofissional para avaliar melhor esse ser biopsicossocial e biográfico (Arantes e Maciel, 2008).

A dor, sendo uma experiência universal, multidimensional e subjetiva obriga à uma abordagem adequada para o mesmo, no tempo e no espaço, e o serviço de banco de urgência de adulto (BUA) refere respostas aos objectivos estipulados. Por outro lado a dor gera uma grande preocupação para os serviços de saúde, visto que, é um indicador da qualidade de vida para a assistência da mesma.

Na prática clínica os enfermeiros, têm como objetivo prevenir e controlar o medo, a angustia bem como outros sentimentos que podem estar associados a mesma e por onde são sujeitos a procedimentos clínicos. Pela passagem ao BUA deparou-se ainda com uma grande entrada de utentes referindo a dor como a principal sintoma de causa.

A passagem pelo serviço foi de curto período e o interesse foi maior em saber como os profissionais de saúde (enfermeiros) desencadeiam uma ação sobre os utentes com dor. É de mais valia o estudo do tema porque trará uma nova perspectiva de como os profissionais de saúde atuam no controlo a dor neste serviço.

No Brasil, grande parte da população procura consultas nos pronto-socorro dos hospitais, apesar da ampliação da oferta de serviços de atenção básica desde 1990. Assim, os hospitais ainda são importantes portas de entrada para a assistência médica, o que pode se relacionar as dificuldades no acesso oportuno a serviços básicos, especializados e de apoio diagnóstico. Ademais, o sentido de urgência para o paciente pode não ser o mesmo para profissionais de saúde (Machado, 2008).

No Brasil, estima-se que a dor crônica acometa entre 30% e 40% da população e é a principal causa de absenteísmo, licenças médicas, aposentadoria precoce, indenizações trabalhistas e baixa produtividade sendo apontada como um problema de saúde pública (Ruviaro et al., 2012 in Carret, 2007).

A utilização inadequada dos serviços de emergência é prejudicial para os pacientes graves, que precisam de atendimento oportuno, e para os não graves, que ao procurarem o atendimento hospitalar, não têm garantido o seguimento. O acesso à atenção básica reduz o uso inapropriado de serviços de emergência apenas se o paciente tiver rápido acesso ao atendimento de urgência na atenção básica (Carret, 2007).

O estado de saúde da população é caracterizado pelo envelhecimento do mesmo e ainda que é condicionada pelo estilo de vida que estes adoptam provocando grandes custos económicos para o utente bem como para a sociedade em geral.

Como resposta para a demanda das urgências, torna-se fundamental estabelecer uma comunicação produtiva com os utentes para dar resposta ao protocolo de Manchester já estabelecido entendendo melhor assim o fluxograma do mesmo.

Sendo assim Ourique (2015), afirma que em “Portugal o grau de dor tem uma prevalência de 42,68% de dor moderada, 25,91% de dor intensa e 17,68% de dor ligeira. A intensidade da dor que é menos referida nas urgências é a dor máxima de 13,72%”.

Ainda Ribeiro (N/D) a “doença isquémica cardíaca não tem uma tradução clínica uniforme, todavia a precordialgia é a forma mais comum de aproximar o utente do médico.(...). É sabido que a cardiopatia isquémica ocupa um lugar de relevo como causa de morte no mundo ocidental”.

Nos últimos anos em Estados Unidos da América do Norte assistiu-se a uma estabilização e uma melhoria até na mortalidade e na morbilidade por cardiopatia isquémica. Em Portugal temos vindo a verificar a mesma tendência. Tais resultados são encorajantes e permitem supor uma melhoria nos nossos conhecimentos, tanto na área de diagnóstico como na da terapêutica, pode levar ao controlo sobre a maior causa de morte deste século. As doenças cardiovasculares são responsáveis pela elevada taxa de morte nos países ditos civilizados (Ribeiro, N/D).

De acordo com o Ministério de saúde (2007), consta no relatório estatístico de saúde do HBS, as entradas nas urgências de adulto tem vindo a aumentar a cada ano desde de 2009 com uma entrada de 49.669 de utentes em relação a 2013 que foi de 54.509 de utentes daí a real importância em compreender a causa maioritária das entradas com uma maior prevalência na dor como principal sintoma.

No HBS a dor precordial tem vindo a aumentar ano por ano, em 2014 teve uma entrada de 162 utentes sendo maior nas mulheres com 89 utentes numa idade compreendida entre 25 a 45 anos, enquanto que em 2015 aumentou para 225 entradas com maior prevalência continua sendo as mulheres com 126 entradas e os homens de 96 com uma idade compreendida em 17 a 39 anos, mas este aumento pode ser considerado preocupante para ambos os sexos.

Para o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS, 2011) :

“ a nível nacional a prestação de cuidados de saúde preconizada pela Política Nacional de Saúde (PNS), no quadro da reforma do sector visa, por um lado, alargar a cobertura da população em atenção primária com respostas eficazes e de qualidade através da organização duma rede de centros de saúde, a nível municipal. A assistência hospitalar é oferecida em dois níveis, no hospital regional, essencialmente para responder às necessidades de atenção secundária e no hospital central, na sua vertente terciária, para oferecer os cuidados hospitalares mais diferenciados”.

Tendo em conta a problemática a cima sobre exposta propôs a elaboração do trabalho, sendo assim apresento os objectivos traçados para o mesmo:

Objectivos do trabalho

Objectivos geral

Identificar a atuação do enfermeiro urgentista no controlo da dor precordial no serviço de urgência .

Objectivos específicos

Identificar a etiologia da dor precordial mais frequente no serviço de banco de urgência;

Descrever a percepção do enfermeiro urgentista na abordagem da dor precordial no serviço de urgência;

Apontar as intervenções do enfermeiro urgentista no controlo da dor precordial no serviço de banco de urgência;

Compreender as limitações do enfermeiro urgentista no controlo da dor precordial dentro do serviço de banco de urgência.

CAPÍTULO I- ESTADO DA ARTE

A fundamentação da teoria tem como importância demonstrar conceitos importantes relacionados com o tema. Esta fase representa uma das partes do trabalho por onde o leitor entenderá melhor a escolha do tema.

Sendo assim, a partir da seleção de todas as informações cabe ao investigador escolher os conceitos chave que constituem a base do trabalho. Neste capítulo será exibidos conceitos importantes, considerando estes indispensáveis como conceito da dor, tipos da dor, qualidade da dor e ainda em específico os conceito da dor precordial e todos os seus sub títulos relacionados.

1.1. Conceitos da dor

O primeiro registo da palavra dor está descrito em 1297, tendo sido divulgado na Grã-Bretanha no séc. XIV. Na língua inglesa, dor é pain, com origem na palavra poena, que posteriormente evolui para peine, paynee e finalmente para pain (Lemos,2007 in Nascimento, 2010).

A dor é um sintoma que acompanha de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que necessitam de cuidados de saúde, sendo a sua avaliação e controlo um dever dos profissionais de saúde, um direito dos utentes que a vivenciam e um acontecimento indispensável à efetiva humanização das unidades de saúde (Fundap, 2010). Por outro lado, a dor constitui o 5º sinal vital e tem sido recentemente considerada um indicador de qualidade dos cuidados de saúde (Delegação Geral Saúde, DGS, 2003).

A dor era considerada uma emoção e não um fenómeno físico. Na idade média a dor estava sempre associada aos pensamentos religiosos e era aceite como uma punição dos pecados. Com o tempo passou a ser entendida como um fenómeno físico e a ser eliminada através de técnicas mecânicas. Era entendida como um facto puramente sensorial (Batalha, 2010).

A percepção da dor é compreendida através do aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (ICN, 2011 in Batalha, 2010).

Arantes e Maciel (2008) considera “a dor é um sintoma presente na maioria das doenças, seja como manifestação direta ou como parte do processo diagnóstico e terapêutico de uma doença. O processo de ficar doente acarreta sempre na presença da dor emocional, relacionada diretamente com a consciência da nossa finitude e da nossa fragilidade humana.”

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano, ou seja, uma experiência única e individual, modificada pelo conhecimento prévio de um dano, Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) in Arantes e Maciel (2008) . A dor sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesões teciduais reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões, esta é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências anteriores (IASP, 1986 in Fundap, 2010).

Além disso Monahan et al (2010) diz que a:

“dor é um sintoma que acompanha de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que necessitam de cuidados de saúde, sendo a sua avaliação e controlo um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que a vivenciam e um acontecimento indispensável à efetiva humanização das unidades de saúde.”

Os sinais e manifestações de dor nos adultos apresenta alterações fisiológicas (sistema cardiovascular, respiratório) e comportamentais face a estímulos dolorosos. Essas alterações são acompanhadas de reações endócrino- metabólicas de stresse, com libertação de hormônios como catecolaminas, cortisol ou precursores e componentes imunológicos ligados ao processo inflamatório (Guinsburg,1999 in Alvarez, 2009).

1.1.1. Fisiopatologia da dor

As experiências dolorosas resultam de um conjunto de eventos envolvendo o sistema nervoso periférico e o sistema nervoso central. Para Batalha (2010) “ a clássica via de condução da dor, constituída por 3 ordens de neurónios, ligando em sequência os tecidos periféricos à espinal medula, desta ao tálamo e finalmente do tálamo ao córtex sensitivo se bem que adequada pedagogicamente, é demasiado simplista para a compreensão de todo o fenómeno”.

A resposta consiste na liberação de mediadores químicos como as prostaglandinas. Os mediadores químicos fazem com que o nociceptor seja estimulado, transportando assim o impulso doloroso até à medula espinal. Esses impulsos deslocam-se ao longo de fibras nervosas aferentes designadas por fibras A-Delta mielinizadas, ou fibras C desmielinizadas (Kazanowsky e Laccetti, 2005 in Alvarez, 2009).

A teoria do portão para o controlo da dor defende que a dor não é transmitida diretamente da medula espinal para o sistema nervoso central. Há estrutura nervosa complexa nos cornos dorsais da medula espinal que pode inibir a transmissão da mensagem dolorosa até ao cérebro. Esses portões operam por meio de vários neurotransmissores. A não transmissão até ao cérebro impede o reconhecimento da sensação de dor. O estímulo apenas se transformará em dor, se for percebido no cérebro (Kazanowsky e Laccetti, 2005 in Alvarez, 2009).

A informação sensitiva proveniente de diversas áreas no interior do corpo pode convergir nos neurónios espinhais. Essa convergência é responsável pela sensação de dor referida, a mesma que é percebida em uma parte do corpo diferente daquela onde teve origem a lesão ou estímulo. Com a utilização dos portões nos cornos dorsais espinhais, são utilizados diversos métodos para “fechamento do portão” aos estímulos dolorosos, com o objectivo de aliviar ou impedir a dor (Kazanowsky e Laccetti, 2005 in Alvarez, 2009).

É pertinente realçar que são distintos os conceitos de nocicepção e dor. A dor é a sensação ou a percepção de sensações tão diversas como irritação, inflamação ou sensações insuportáveis que surgem de uma parte do corpo, e a nocicepção é o processo sensorial que fornece os sinais que desencadeiam a experiência de dor (Bear, Connors, e Paradiso, 2008 in Nascimento, 2010).

1.2. Tipo de dor

A dor como sendo uma experiência sensitiva e emocional desagradável, está sempre associada há uma lesão em qualquer parte do corpo. Pois esta por ser subjetiva, ou seja, depende de pessoa para pessoa assim também é o tipo da dor que depende dos termos descritos da lesão.

Tanto a Canadian Pain Society como a JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) cit in Monahan et al (2010), “salientaram a

importância de um controlo eficaz da dor, de forma a satisfazer as exigências dos cuidados, no sentido de uma mobilização precoce do doente, diminuição da duração e custos dos internamentos.”

Segundo Hoeman (2011) a “dor física é uma sensação normal que indica a presença de lesão dos tecidos. Os impulsos dolorosos são transmitidos dos tecidos e órgãos para a substância gelatinosa existente dentro do feixe espinotalâmico da medula espinhal”.

Em contradição Doenges e Moorthouse (2010) relata que “dor aguda é um início súbito ou lento de qualquer intensidade, de moderada a grave, com um fim antecipado ou previsível e uma duração de menos de seis meses”.

Ainda na perspectiva de Monahan et al (2010) a “dor aguda é essencial um episódio transitório que informa a pessoa de que algo está mal. O início é geralmente súbito, tem uma causa aparente, e as áreas dolorosas podem, em regra, ser bem identificadas”.

A dor aguda é geralmente acompanhada de aumento da tensão muscular e ansiedade, ambas podem contribuir para o aumento da percepção da dor (Monahan et al, 2010). Segundo DGS (2008), a PNDs estabelece que “o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde”.

Para Martins e Travanca (2003) in Fundap (2010) a dor “é uma experiência que se inscreve na nossa história humana desde cedo e que de forma marcante induz o nosso comportamento, tornando essa experiência única e singular”.

Em contradição da dor aguda existe também na dor crónica onde Doenges e Moorthouse (2010), dizem que a “dor crónica é um início súbito ou lento de qualquer intensidade, de moderada a grave, constante ou recorrente, sem um fim antecipado ou previsível e uma duração muito superior a seis meses”.

Na opinião de Monahan et al (2010), a “dor crónica persiste para além do tempo habitual da cicatrização ou cura, geralmente 3 a 6 meses. A dor crónica pode começar como dor aguda, mas depois persiste ou o seu início pode ser tão insidioso, que

a pessoa não consegue localizar com exatidão, quando é que a dor surgiu pela primeira vez”.

Salientado ainda o mesmo autor Monahan et al (2010), que a “dor crónica é uma sensação de dor pode ser mais difusa do que na dor aguda, daí a pessoa não consegue identificar o local específico da dor”.

Apesar da síndrome da dor crónica incluir vários comportamentos conhecidos, os factores psicológicos tornam-se a principal contribuição para a incapacidade. É uma entidade complexa, que combina elementos de outros Diagnósticos de Enfermagem Doenges e Moorthouse (2010). (anexo1)

Arantes e Maciel (2008) diz que identificar o tipo de dor é fundamental para que se possa fazer a melhor opção terapêutica. De acordo com a sua natureza a dor pode ser:

- Nociceptiva: quando originada a partir de estimulação de nociceptores.
- Somática: receptores da pele e sistema músculo-esquelético. Melhores exemplos: dor óssea, ulcerações de pele, linfonodos inflamados etc.
- Visceral: receptores localizados em vísceras. Ex.: dor em couraça das lesões de pulmão, cólicas abdominais.
- Neuropática: originada a partir de lesões ou compressões em estruturas do Sistema Nervoso Central ou Periférico. São exemplos: neuropatia periférica do diabético, dor ciática, dor do membro fantasma.
- Complexas ou mistas: comumente encontradas em utentes com tumores, que por seu crescimento podem provocar inflamação, compressão e destruição de estruturas, originando uma dor de múltiplas características.(anexo 2)

1.3. Avaliação da dor

O reconhecimento ou descodificação dos sinais de dor por parte dos enfermeiros depende do conhecimento acerca da dor, da sensibilidade e atenção para a percepção desses sinais de dor.

A dor deve ser avaliada detalhadamente quanto à sua intensidade, duração, características físicas, ritmo, fatores desencadeantes e atenuantes. A avaliação é

constante, redefinida a cada visita do profissional de saúde feita em domicílio, ambulatório, enfermaria ou por contatos telefônicos (Arantes e Maciel, 2008)

Avaliar a dor para o autor Batalha (2010) significa “descobrir o significado e a natureza da experiência dolorosa, como sejam o tipo de estímulos que provocam a dor, que fatores é que a agravam, os seus efeitos na vida diária e respostas à dor quer comportamentais quer fisiológicas”.

Acrescenta ainda Batalha (2010) que “existem dois métodos de avaliação da dor: por auto-avaliação (o próprio avalia a sua dor) e/ou por hetero-avaliação (avaliação feita pelo Enfermeiro, Médico, pais ou outra pessoa)”. A dor ao fazer parte das variáveis subjetivas requer que na sua avaliação se valorize a percepção de quem a experiencia (Batalha,2005 in Batalha, 2010).

A experiência dolorosa é regulada por uma série de fatores biológicos, emocionais, sociais e até culturais. O mesmo estímulo pode causar diferentes padrões de resposta dolorosa em diferentes indivíduos, mesmo que constitucionalmente semelhantes. Por se apresentar como uma resposta individual, a dor expressa pelo utente é aquela que ele sente e não há como mensurá-la de maneira laboratorial. Para avaliar a dor é preciso acreditar no utente (Arantes e Maciel, 2008).

O conhecimento da pessoa em relação a percepção da dor condiciona no diagnóstico a ser prosseguido, sendo assim a Hoeman (2011) afirma que “existe uma fraca correlação entre a aparência física ou as expressões faciais e o grupo de dor sentido, a avaliação da dor depende sobretudo dum relato subjetivo.”

Dessa forma Calil e Paranhos (2007), “reconhecem-se a importância da avaliação da dor nestes serviços e a necessidade de avaliação de todo utente com queixa álgica. Entretanto, por ser um fenómeno subjetivo, frequentemente há dificuldade em sua avaliação”.

Além disso, Calil e Paranhos (2007) dizem que:

“o tipo e gravidade da lesão, a intensidade e local da dor, a quantidade e classe de medicamentos utilizados para tratamento desta queixa, o número de funcionários disponíveis para atendimento, a alta demanda de utentes e de serviço, e poucos recursos materiais disponíveis, contribuem para tornar mais complexa a avaliação do fenómeno doloroso e seu tratamento”.

A dor pode ser avaliada sobre escala a cada utente de acordo com a aparência e o estado de consciência do mesmo, desta feita Fundap (2010) acrescenta que “os doentes conscientes e comunicativos podem mensurar a intensidade da sua dor por meio da escala numérica de 0 a 10. Nesta escala, deve ser perguntado ao utente quanto é a intensidade de sua dor, explicando que 0 significa sem dor e 10 significa a pior dor possível.”

Ainda para Fundap (2010) “ os doentes que não conseguem compreender a escala numérica, podem ser utilizada escalas de representação gráfica não numérica (de faces proposta por Wong–Backer, entre outros), a escala de descritores verbais ou a escala visual analógica.” (anexo 3)

Nessa escala, o utente indica com um traço na linha de 10 cm onde se encontra a sua dor; o profissional deve medir esta distância e considerar em centímetros o tamanho da dor do doente. Para os que se encontram em coma, não responsivos, em sedação profunda ou com alterações cognitivas é importante considerar os equivalentes somáticos e fisiológicos da dor (Fundap,2010). (anexo 3) Desta forma os critérios sugestivos da presença de dor podem ser utilizados para avaliar utentes não-comunicativos. (anexo 4)

É importante observar a expressão facial de sofrimento, resmungos, choro, agitação, movimentos de membros superiores, postura de proteção, ou seja, resistência à movimentação durante cuidados; esses sinais podem ser claros indicadores de dor. Ou ainda os sinais fisiológicos como taquicardia, hipertensão, taquipneia, desadaptação ao ventilador. Todos podem indicar a necessidade de administração ou aumento da dose de analgésicos (Fundap, 2010).

Assim sendo a dor pode ser tratada através de medicamentos farmacológicos bem como não farmacológicos. O tratamento farmacológico da dor deve ser multimodal, ou seja, baseado na associação de vários grupos farmacológicos Organização Mundial de Saúde (OMS,1984) (Fundap,2010).

Segundo o Grupo de Triagem de Manchester (2009), dentre os diferentes protocolos direcionadores existentes, destaca-se o protocolo de Manchester, que vem sendo amplamente utilizado no Brasil. Este protocolo classifica o utente em cinco níveis de prioridade:

nível 1 – pacientes com demandas emergentes de cuidado e que necessitam de avaliação médica imediata;

nível 2 – pacientes com demandas muito urgentes e que necessitam de atendimento em até 10 minutos;

nível 3 – pacientes com demandas urgentes que devem ser atendidos em até 60 minutos;

nível 4 – pacientes com problemas pouco urgentes que podem ser atendidos em até 120 minutos;

nível 5 – pacientes que não possuem demandas urgentes, e que podem aguardar até 240 minutos para atendimento.

1.4. Qualidade da dor

A dor é um fenômeno subjetivo que faz parte do cotidiano de todo ser humano. Pode ser definida como uma experiência sensitiva emocional decorrente ou não de uma lesão descrita em qualquer parte do corpo.

Uma vez que a dor desempenha o papel de alerta, informando ao indivíduo alguma alteração biológica. É um fenômeno multifatorial, com aspectos emocionais, socioculturais e ambientais que a unificam. Manifesta-se em cada indivíduo de forma diferente e única, pois cada um possui uma percepção individual sobre a dor e está associada a fatores físicos e psíquicos (Ruviano et al., 2012 in Carret, 2007). A dor é elemento crucial para a proteção e a manutenção da vida, pois é sinal de algum dano (Budo et al., 2007 in Carret, 2007).

Assim sendo a dor é uma parte inseparável da vida cotidiana, sendo um dos sintomas mais presentes na prática dos profissionais de saúde. Constituindo assim uma experiência privada e subjetiva, resultando não só das características de lesão, mas que incorpora também fatores emocionais e culturais individuais.

Budo et al.(2007) in Carret (2007) também descreve que a “dor pode ser manifestada por dois tipos de reações: involuntária e voluntária. A reação involuntária é instintiva, mas a reação voluntária à dor pode envolver outras pessoas e é influenciada, além do fator biológico, por fatores sociais e culturais”.

A prevalência das condições dolorosas é ainda alta e crescente, pois maior longevidade dos indivíduos decorrente de novos hábitos de vida e do prolongamento da

sobrevida de utentes com afecções clínicas são alguns dos aspectos apontados como responsáveis pelo aumento dos registos de dor. Ainda que a dor exerce um importante impacto na qualidade de vida dos indivíduos, devido ao sofrimento e as limitações causadas no dia-a-dia (Lacerda et al.,2011 in Carret, 2007).

Portanto os sintomas que vêm sempre acompanhada ao tipo de dor é fundamental para que o enfermeiro conheça a fisiopatologia em causas para desenvolver estratégias para o controlo do mesmo. As características da dor (cólica, ardor, queimadura etc.) definem a sua localização (superficial ou profunda) e a intensidade do mesmo depende de pessoa para pessoa já que a dor é subjetiva e está sujeita ao tipo de lesão.

1.5. Dor precordial

Atualmente com a mudança do estilo de vida por parte das pessoas as doenças coronárias tem vindo a aumentar devido aos fatores de risco associados aos mesmos. Pois a atuação da enfermagem é importante no tratamento preventivo e na avaliação de estratégias facilitando ou melhorando o quadro dos utentes. Daí a necessidade de conhecer mais sobre o conceito intitulado de dor precordial.

Segundo Figueiredo (2011) dor precordial "é descrita como uma sensação de dor opressiva, localizada na face anterior do tórax predominante retroesternal, de intensidade variável, podendo ser referida no membro superior esquerdo, mandíbula, região epigástrica e dorso; com ou sem concomitantes."

1.5.1. Principais sintomas de uma precordialgia

Para Figueiredo (2011), a dor precordial apresenta estes sintomas como sendo as principais:

- Dor tipicamente opressiva (pode ser em queimação) no centro do peito, podendo se irradiar para ombros, braços, pescoço, epigástrica e mandíbula;
- Ansiedade ou nervosismo;
- Sudorese fria;
- Náuseas e vômitos;
- Dispneia;
- Síncope ou Lipotimia.

Ainda Arone e Philippi (2011), afirmem que o diagnóstico pode ser alcançado com maior facilidade e probabilidade de êxito, conhecendo melhor a avaliação de patologias cardíacas por meio de sinais e sintomas :

- Alterações respiratórias ;
- Arritmias cardíacas;
- Dor torácica;
- Dor abdominal;
- Edema periférico;
- Fadiga;
- Alteração na coloração da pele;
- Síncope;
- Alteração na pressão arterial;
- Estase jugular;
- Hemoptise

1.5.2. Factores de risco na doença cardiovascular

Arone e Philippi (2011), no desempenho de suas funções com o utente, seus familiares e com a comunidade, o profissional de enfermagem encontra indivíduos com sintomas que requerem orientação portanto, deve conhecer os principais factores de risco nas doenças cardiovasculares:

- Hipertensão
- Aterosclerose
- Obesidade
- Tabagismo
- Sedentarismo
- Doenças cardíacas congénitas
- Hipercolesterolemia
- Hiperglicemia
- stress

Estes são factores considerados reversíveis , no entanto, há outros factores considerados irreversíveis que são: idade avançada, sexo, raça, hereditariedade.

1.5.3. Possíveis diagnósticos de uma precordialgia

Para Ribeiro (N/D), o envolvimento das artérias coronárias por um processo arteriosclerótico pode levar a quatro apresentação clinica iniciais:

1. Enfarto agudo do miocárdio;
2. Angina instável;
3. Morte súbita;
4. Isquemia silenciosa. Todas estas patologias podem evoluir ainda para uma angina crónica.

1.5.3.1. Angina do peito

A angina do peito representa uma condição de isquemia do miocárdio caracterizada por desconforto torácico típico, ou seja, sensação de dor ou pressão retroesternal ou subesternal que pode irradiar para os braços e o pescoço (Arone e Philippi, 2011).

Em uma outra ideia Ribeiro (N/D) diz que a “ angina do peito é a designação de uma dor precordial que dá uma sensação desagradável de aperto torácico e de morte eminente. A sua presença é recolhida por via anamnésica e retirada das características da mesma dor”. Ainda diz que é importante alertar o clínico para que possa distinguir:

- 1- Dor anginosa típica
 - a- Estável
 - b- Instável
- 2- Dor anginosa atípica
- 3- Dor torácica não anginosa

Ribeiro (N/D) acrescenta ainda que “a dor anginosa é geralmente construtiva, retroesternal, ocupando largo superfície, diferente pois da pontada; irradiando tipicamente para a mandíbula, mais frequentemente para o bordo interno do braço esquerdo; de curta duração (2 a 15 minutos), precipitada pelo esforço ou por outras causas que levem à taquicardia (emoções); terminado rapidamente com o repouso ou

com a administração de nitroglicerina e por vezes alguns dos seguintes sintomas associados a astenia. Suores frios, náuseas, tonturas, ansiedade, angústia.”(anexo 5)

Arone e Philippi (2011) acrescenta que esta patologia pode ser:

Manifestada por:

- Dor de intensidade variável (desde somente pressão no tórax até agonizante) situada atrás do esterno, pode irradiar para pescoço, ombro e membros superiores, de curta duração;
- Sensação de asfixia ou estrangulamento, acompanhada de fraqueza nos membros superiores e sensação de morte eminente.

Apresentação clínica:

- *Angina estável ou pré-infarto*: caracterizado pelo aumento progressivo na frequência, intensidade e duração das crises da dor anginosa, podendo ser considerada um sinal eminente de infarto agudo miocárdio;
- *Angina noturna*: caracterizada por ocorrer espontaneamente durante o sono e relacionada com a falência do ventrículo esquerdo;
- *Angina intratável ou refratária*: caracterizada pelo facto de ser uma forma incapacitante grave.

1.5.3.2. Enfarto agudo do miocárdio

Trata-se de uma destruição tecidual no miocárdio, decorrente de um suprimento sanguíneo insuficiente pelas artérias (Arone e Philippi, 2011). Ainda é dominada por uma dor retroesternal intensa, seguida geralmente em repouso, duradoura, quase sempre até ser instituída terapêutica antiálgica adequada. Apresenta alterações eletrocardiográficas típicas e enzimologia evolutiva compatível com esse diagnóstico Ribeiro,(N/D).

Arone e Philippi (2011) acrescenta que esta patologia pode ser:

Causada por:

- Doença coronariana oclusiva de alto grau, como aterosclerose e arteriosclerose;

- Oclusão total de uma artéria coronária normal, devido a um êmbolo ou trombo, ou vasoespasmo;
- Redução súbita e acentuada do fluxo sanguíneo coronariano nos estados de choque e hemorragia.

Manifestação clínica:

- Dor súbita, violenta e construtiva relacionada a esforço e stress, que pode ocorrer em qualquer região da face anterior do tórax, epigastro, mandíbula, ombros e braços;
- Sinais de choque, como ansiedade, palidez acinzentada, sudorese abundante, fria e pegajosa, pulso rápido, irregular e fraco, e hipotensão arterial;
- Náuseas e vômitos;
- Manifestação significativa no eletrocardiograma e elevação das enzimas CPK (fosfoquinase creatínica), LDH (desidrogenase láctica) e TGO (transaminase glutâmica oxilacética).

1.5.3.3. Angina instável

A angina instável é mais grave devido a maior progressão para o enfarte agudo do miocárdio e morte. Caracteriza por um desconforto torácico em repouso, por um início abrupto de angina de esforço limitativa ou por um agravamento marcado por uma angina crônica estável prévia (Newby e Grubb, 2005).

Acrescentando Ribeiro(N/D) que, a angina instável pode apresentar-se nas seguintes situações:

1. *Angina de esforço de novo*: trata-se de um quadro de angina de esforço que surgiu há menos de três meses. Trata-se de um quadro agudo.
2. *Angina de esforço em crescendo*: apresenta aos quadros anginosos de agravamento súbito da frequência, da gravidade, ou da duração da dor torácica desencadeada pelo esforço.
3. *Angina espontânea*: quando a angina não apresenta uma causa desencadeante clinicamente aparente.

1.5.3.4. Morte súbita

Ribeiro (N/D) relata que “ a morte súbita (...) é definida como a morte ocorrida de forma inesperada e súbita, em menos de 24 horas depois do início dos sintomas.(...) As arritmias (fibrilação ventricular e taquicardia) seriam o mecanismo desencadeante e modulados que iriam atuar sobre um miocárdio vulnerável. A dor precordial neste contexto pode ser um sintoma premonitório desta eventualidade.”

1.5.3.5. Isquemia silenciosa

Para Ribeiro (N/D) esta foi definida como uma “isquemia miocárdica assintomática e consequentemente sem ser acompanhada de quadro anginoso ou de desconforto precordial significativo.”

A isquemia silenciosa é encontrada frequentemente num contexto clínico de doenças das coronárias e o seu prognóstico não difere da isquemia miocárdica sintomática (Ribeiro, N/D).

Com o aumento das doenças cardiovasculares aumenta também o número de vítimas, pois é de realçar o papel do enfermeiro para observar, identificar e interpretar os sintomas e orientar os utentes no que tange aos tratamentos associados a estas patologias.

1.6. Assistência em enfermagem

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão a Direção Geral de Saúde (DGS) institui a dor como 5º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (DGS,2003).

Já para McCaffery (1968) in Hoeman (2011), uma enfermeira norte-americana especialista em dor definia-a como “a experiência que a pessoa diz que tem e que existe onde e como ela diz”. Esta definição enfatiza a subjetividade do fenómeno doloroso, elegendo o utente como autoridade para avaliar a dor que sente.

Segundo a mesma autora McCaffery (1968) in Hoeman (2011) no ano de 1992 a dor é “uma experiência humana universal e o motivo mais frequente para a procura e a solicitação de cuidados de saúde”. Pois o alívio da dor é uma preocupação da humanidade desde o princípio dos tempos, mas para os profissionais de saúde só há pouco tempo é que fizeram alguns esforços na investigação para o mesmo (McCaffery, 1992 in Hoeman, 2011). Embora a dor radica no facto de ela constituir o principal motivo para a procura dos serviços de saúde por parte da população em geral (DGS, 2008).

A dor é um fenómeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo. O sistema nociceptivo é constituído por estruturas nervosas que têm como principal função a detecção de estímulos lesivos ou potencialmente lesivos, por forma a desencadear respostas reflexas e/ou cognitivas destinadas a evitar o aparecimento de lesões, ou a prevenir o seu agravamento e a contribuir para a sua cura (DGS, 2008).

1.6.1. A equipe de enfermagem frente ao doente com dor

No que tange ao papel do enfermeiro a Sociedade Americana de Dor e a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública, em 1992, citado em Fundap (2010), criaram a expressão “dor o quinto sinal vital” numa tentativa de elevar a consciência dos profissionais de saúde para a avaliação da dor, considerando que se esta for avaliada com o mesmo zelo e responsabilidade que os quatro sinais vitais têm melhor chance de ser tratada corretamente.”

Em verdade disso Fundap (2010), “as estratégias visam sensibilizar a equipe de saúde para o facto de que o controlo da dor é nossa responsabilidade e um direito do utente. A estratégia utilizada pela Joint Commission divulgou a prática da avaliação sistematizada da dor em todos os utentes e transformou o controlo da dor num indicador de qualidade da assistência prestada”.

Para que a dor seja tratada adequadamente, é necessário que esta seja primeiramente identificada. Pimenta (1999) observou “(...) os relatos de dor mais intensa em utentes com crenças de que a dor não pode ser controlada e que remédios são perigosos, entre outras avaliada com o mesmo zelo e responsabilidade que os quatro sinais vitais têm melhor chance de ser tratada corretamente.”

O Ministério da Saúde do Brasil criou, no ano de 2002 um programa nacional de assistência ao utente com dor e determinou a necessidade de profissionais de enfermagem na equipe multiprofissional dos ambulatórios de dor. Percebemos que o gerenciamento da dor evoluiu para um indicador de qualidade da assistência prestada (Fundap, 2010).

Para alcançar esta nova proposta, é essencial que a equipe de enfermagem estabeleça seu papel, abandonando a atitude de “um convívio quotidiano e passivo com a dor do outro” e desenvolva ações que permitam tornar a dor visível nas instituições, possibilitando seu alívio adequado (Fundap, 2010).

Como forma de alcançar essa proposta Fundap (2010) “a equipe de enfermagem pode avaliar a presença de dor, administrar analgésicos prescritos, aplicar técnicas não farmacológicas, verificar o alívio obtido e a ocorrência de efeitos colaterais. Ainda como forma de cuidado, realiza ações educativas com pacientes e familiares preparando-os de modo apropriado para o autocuidado.”

Dessa forma Fundap (2010), diz que a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor reforça que a “avaliação da dor e o registo sistemático e periódico de sua intensidade são fundamentais para que se acompanhe a evolução dos utentes e se realize os ajustes necessários para o tratamento.”

1.6.2. Papel do enfermeiro em utentes cardíacos

Arone e Philippi (2011) afirmam que o “profissional de saúde bem informado desempenha papel importante não só na prevenção , conhecendo os factores de risco como também na assistência de enfermagem segura e eficaz, na avaliação e compreensão dos processos fisiológicos e patológicos envolvidos na familiarização com os sinais e sintomas facilitando o diagnóstico precoce.”

Portanto Arone e Philippi (2011) acrescentam que o “pessoal de enfermagem necessita, acima de tudo, de estar conscientes do impacto emocional que o diagnóstico de um distúrbio cardíaco sobre o utente e sua família, gerando um efeito assustador como medo e ansiedade.”

Entretanto, o diagnóstico não significa necessariamente que o problema seja fatal. Os progressos alcançados no cuidado e no tratamento dos utentes tornam possível

que grande número deles retorne ao convívio social em um estado relativamente sadio (Arone e Philippi, 2011).

1.6.3. Tratamento da dor

Feito a avaliação da dor por parte do enfermeiro é necessário desencadear uma série de intervenções de enfermagem proporcionando o alívio da dor para o utente para isso é preciso fazer tratamentos farmacológico dentro do HBS e fora usar os tratamentos não- farmacológicos.

UNIC (2009) afirma que “a primeira abordagem terapêutica a ser aplicada pelo profissional de saúde ao utente, é o esquema proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), conhecido como “escada analgésica”, ou seja, dor leve, moderada ou intensa.”

Assim sendo Cardoso (2009) diz que “o controle da dor deve se basear em avaliação cuidadosa com elucidação de suas possíveis causas e seus efeitos na vida do utente, investigando fatores desencadeantes e atenuantes, além dos psicossociais, que possam influenciar o seu impacto.”

É necessário o seguimento não só para avaliação da eficácia terapêutica mediante escalas, mas também para identificar progressão da doença, tipo e padrão temporal de dor, desenvolvimento de tolerância medicamentosa, aparecimento de efeitos adversos intratáveis e necessidade de rodízio dos opióides (Cardoso, 2009).

Portanto as respostas aos fármacos que o utente recebeu previamente são avaliadas, procurando-se ajustar a posologia (doses, intervalos), agregando-se fármacos adjuvantes quando necessário (Cardoso, 2009).

1.6.3.1. Tratamento farmacológico

Cardoso (2009) “ são diversas as barreiras existentes para manejo e controlo adequados da dor, como a não-adesão ao tratamento por parte dos utentes, a relutância na prescrição de opióides por parte dos médicos e a crença de que a dor é inevitável, observada rotineiramente na prática no ambiente hospitalar”.

Cardoso (2009) afirma que “adicionalmente, destacamos um aspecto fundamental que antecede até mesmo a própria sintomatologia álgica do utente, que é a

formação acadêmica relacionada com a área de dor”. A estratégia de base científica para o controle adequado da dor e de outros sintomas se resume, segundo (Twycross in Cardoso, 2009), na sigla “EEMMA” que significa:

- evolução da dor;
- explicação da causa;
- manejo terapêutico;
- monitorização do tratamento;
- atenção aos detalhes.”

Já a terapia medicamentosa refere-se à arte e à ciência no uso combinado de três grupos farmacológicos: Cardoso (2009)

- analgésicos não-opioides,
- analgésicos opioides, sendo a morfina a droga de eleição,
- drogas adjuvantes ou coanalgésicos.

Nesse sentido, Cardoso (2009) diz que “a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 1980, um modelo clínico eficaz para o tratamento da dor que serve até os dias atuais, validado e aceito mundialmente, com base em seis princípios básicos:

- pela boca – usar a via oral sempre que possível;
- pelo relógio – horário regular, e não apenas em doses “se necessário”;
- para o indivíduo – de acordo com as necessidades específicas do doente;
- uso de coanalgésicos ou adjuvantes;
- atenção aos detalhes;
- pela “escada analgésica”.”(anexo 6)

Para Fundap (2010) “o tratamento farmacológico da dor deve ser multimodal, ou seja, baseado na associação de vários grupos farmacológicos.” Além disso as doses dos medicamentos devem ser ajustadas para os utentes de acordo com a idade tendo em conta o esquema terapêutico que deve seguir o horário e a dose estipulados, não devendo esperar o quadro de dor para iniciar a analgesia (UNIC, 2009).

1.6.3.2. Tratamento não-farmacológico

Tendo como base a teoria do controle do portão que vimos anteriormente, a enfermagem pode utilizar-se de diversas estratégias não farmacológicas de alívio de dor, incluindo a fricção da pele e o uso de frio e calor (Fundap, 2010).

Portanto é necessário realçar alguns exemplos de abordagens de tratamento não-farmacológico para um melhor controlo da dor perante um utente que não facilita o seu tratamento. Assim sendo Cardoso (2009) destaca algumas técnicas como:

- Técnicas de relaxamento, distração e imaginação dirigida;
- Terapia física por aplicação de calor em casos de espasmos musculares e artralguas;
- Terapia física por aplicação de frio em casos de dor músculo esquelética, contusão e torção;
- Acupuntura em casos de dor devida a espasmos musculares, disestesias e nevralguas;
- Massoterapia nos casos em que se desejam relaxamento muscular e sensação de conforto;
- Neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS) em casos de dor por compressões tumoral nervosa, óssea e em região de cabeça e pescoço;

Fundap (2010) fala “ainda das vantagens em utilizá-las é que são de baixo custo, fácil aplicação e muitas delas podem ser ensinadas aos utentes e seus cuidadores estimulando o autocuidado”.

Métodos como o uso do calor e frio superficiais, as massagens de conforto e os alongamentos suaves aliviam a dor, pois ativam o sistema modulador de dor. O calor e a massagem diminuem a isquemia por melhorar a irrigação local, a aplicação de frio diminui o edema e eleva o limiar à dor e todos resultam em relaxamento muscular (Fundap, 2010).

Pois é de realçar que toda vez que há dor ocorre contração muscular reflexa. A massagem de conforto, geralmente aplicada no dorso, traz sensação de relaxamento e bem-estar. Essas técnicas atuam como adjuvante ao tratamento farmacológico, mas não deve substituí-lo.

Sendo assim Fundap (2010) devem atender às necessidades dos utentes e muitas vezes não eliminam a dor, mas contribuem para amenizar o sofrimento. Veja como podemos utilizar esses métodos.(anexo 7)

1.6.4. Assistência de enfermagem aos utentes com dor precordial

A avaliação da dor assegura que todos os utentes tenham acesso às intervenções para o controlo da dor. As ações de enfermagem tem vindo a ser realizadas para aumentar a sobrevida e a qualidade de vida dos utentes, já que é a enfermagem a classe profissional que está constantemente em contacto com os utentes.

Como tal é necessário que o enfermeiro desempenha uma conduta adequada para o tratamento da dor precordial, segundo Arone e Philippi (2011) considera os seguintes aspectos da assistência de enfermagem:

- Observação, identificação, interpretação e alívio dos sintomas;
- Ensino dos métodos destinados a prevenir as recidivas sintomáticas;
- Instrução dos utentes quanto às medidas destinadas a retirar a progressão da doença;
- Fornecimento de conhecimentos e motivação ao utente, que lhe permitam participar efetivamente do seu próprio plano de assistência.

Figueiredo (2011) com a ação da enfermagem também é necessária a presença do médico de urgência para dar seguimento ao tratamento do utente com dor precordial:

1. Puncionar acesso venoso periférico com cateter curto e grosso (Jelco);
2. Iniciar infusão de soro fisiológico;
3. Administrar, após orientação médica, as seguintes drogas:
 - AAS 100 mg 2 Cp – mastigar e engolir
 - Isordil 5 mg – 1 Cp SL a cada 5 minutos
 - Clopidogrel 75 mg – 4 Cp VO
 - Morfina 10 mg + diluído em 9 ml de ABD – Aplicar 2 a 4ml da solução de acordo com prescrição médica.
4. Transportar o utente para hospital, conforme orientação do médico controlador.

1.7. Triage de Manchester na dor precordial

Cada um dos fluxogramas de apresentação e de discriminadores possuem notas explicativas que auxiliam na compreensão e na alocação dos utentes em uma prioridade clínica adequada a gravidade do caso (Anziliero, 2011).

Resumidamente a queixa do utente leva a um fluxograma de apresentação composto pelos discriminadores (figura) e, as respostas positivas ou negativas a esses discriminadores levam a uma prioridade clínica definida por cores que, correspondem à gravidade e ao tempo máximo que o utente pode esperar por atendimento (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010 in Anziliero, 2011). (anexo 8)

A assistência de enfermagem compreende num, conjunto de ações ou estratégias que tem por finalidade melhorar o quadro clínico do utente evitando posteriores sequelas. O enfermeiro por ser o profissional que está mais de encontro com o utente tem um papel importante na sua melhoria.

1.7. Diagnóstico de Enfermagem de NANDA

No livro de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) consta todos os títulos de diagnósticos de enfermagem, que serve para qualificar o estado do utente de acordo com as necessidades humanas fundamentais para um ser holístico. Sendo assim a dor é um dos diagnósticos que consta no livro. (anexo 9 e 10)

Para Ribeiro e Cardoso (2007) “a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIE®), enquanto classificação de uma estrutura organizadora do conhecimento da Enfermagem, fornece termos para enunciar diagnósticos e intervenções de enfermagem.”

O diagnóstico de enfermagem é entendido como o enunciado que resulta do processo de diagnóstico que o enfermeiro realiza recolha e valorização dos dados e que determina as intervenções (Ribeiro e Cardoso, 2007).

Portanto esta noção é veiculada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) que define diagnóstico de enfermagem como a designação atribuída à decisão sobre o fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem (Ribeiro e Cardoso, 2007).

Estas definições facilitam, então, a sistematização da procura dos dados relevantes para o diagnóstico. Assim, ao longo do processo diagnóstico para além das características específicas (origem, localização, manifestações) podem valorizar-se outros aspectos: a qualidade da dor, a intensidade, factores desencadeadores e de alívio e sintomas relacionados (Ribeiro e Cardoso, 2007).

Por isso a uniformização da linguagem dos diagnósticos foi importante para dar continuidade aos cuidados de enfermagem desta forma se desenvolve atividades de enfermagem (diagnóstico, prescrição e avaliação do resultado), em geral, visando desenvolver intervenções necessárias para os já diagnósticos estabelecidos.

1.8. Intervenções de enfermagem NIC

A diversidade dos alvos de atenção, desde o nascer até a morte, da avaliação à intervenção, sem esquecer a educação sobre a dor. A dor por ser um estímulo associado a uma resposta humana de um problema de saúde ou de um processo de vida, pois tem sido cada vez mais um objecto do estudo e da intervenção dos enfermeiros para o controlo da dor.

Ribeiro e Cardoso (2007) diz que a “identificação do diagnóstico de enfermagem condiciona a etapa seguinte: a decisão pelas intervenções. Intervenção de enfermagem é entendida como ação implementada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, no sentido de produzir um resultado.”

Ouve-se com frequência dizer aos enfermeiros que são os profissionais que mais tempo estão junto dos utentes. A ser verdadeiro, dada a natureza do mandato social da enfermagem, este facto deverá traduzir-se em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ribeiro e Cardoso, 2007). Nesse caso é imprescindível estabelecer um conjunto de intervenções relacionadas com a dor, assim sendo instituiu o NIC para dar continuidade ao diagnóstico de enfermagem.

No que tange a NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem) abrange uma lista de intervenções que vem de encontro com os diagnósticos de enfermagem para precedentes ações para o tratamento ou mesmo o controlo dos sintomas associados a cada patologia. (anexo11)

Ao longo do processo ensino-aprendizagem, é possível ajudar os estudantes a promover atitudes de abertura à experiência de sofrimento dos utentes e a desenvolver competências para que, como enfermeiros, saibam responder integralmente às necessidades de alívio dos sintomas dos seus utentes (Ribeiro e Cardoso, 2007).(anexo 12)

CAPITULO II- FASE METODOLÓGICA

A fase metodológica é a fase onde se determina os meios a serem utilizados ao longo do trabalho para dar respostas as questões previamente estabelecidos. Nesta fase delineou-se o projeto de monografia que permite delimitação e fundamentação teórica do tema elegido para a monografia. Onde houve a necessidade de recorrer a revisão bibliográfica sobre o tema em que permite identificar os conceitos importantes, para definir os objetivos da pesquisa.

Para melhor entender o tema de investigação é importante explanar alguns conceitos que revelam importante na compreensão deste capítulo nomeadamente: tipo de metodologia, a técnica e o instrumento de recolha de informações, local de estudo, população alvo, amostra, técnica de amostragem, questões éticas de investigação.

2.1. Tipo de estudo

Este trabalho será de carácter qualitativo uma vez não precisa de quantificar dados mais sim de analisar dados, exploratório e descritivo, procurando responder adequadamente aos objectivos definidos. Para isso será necessários as visitas constates ao serviço de urgência que gere respostas adequadas para este tipo de pesquisa.

Fala-se de um método descrito onde o investigador e o participante estão de mútuo acordo em relação as colheitas de dados a serem obtidos. Logo é descritivo na medida que pretende-se simplesmente descrever um fenómeno que afeta a população de maneira a esclarecer coitos sobre o mesmo.

Ainda faz-se uma descrição dos conceito considerados importantes para este estudo bem como as vivências dos entrevistados através da análise das entrevistas feito aos enfermeiros do serviço.

Para além disso é do tipo exploratório, visto que este tema é pouco explorada na nossa sociedade, pretende-se dar mais conhecimento à nossa população sobre o mesmo para além de constituir um meio de maior aquisição conhecimento para mim. Tendo-se com os objectivos propostos, explorou-se e obteve-se narrativas experiências que permitiram compreender o fenómeno e foram realizadas questões clarificadoras de acordo com o discurso do participante.

Trata-se de uma abordagem fenomenológica, porque utilizou-se a análise de informações subjetivas resultantes das vivências dos participantes de modo a

compreender a atuação do enfermeiro urgentista no controlo da dor , isto é, como é que os enfermeiros compreendem , interpretam, analisam e diagnosticam a dor neste serviço.

Nesta fase faz-se alargar a compreensão dos fenómenos, onde o investigador observe, descreve e interpreta o meio e os fenómenos tais como apresentam no seu campo de estudo para a pesquisa a que se pretende compreender a relação existente entre os conhecimentos dos participantes com os conceitos já estabelecidos para dar mais significado para a nossa aquisição de conhecimento.

2.2. A técnica e o instrumento de recolha de informações

Todo o processo de recolha de informações constitui um procedimento para decorrer uma investigação para das respostas à alguma problemática, visto que, consiste em colher toda a informação necessária de forma sistemática junto dos participantes com a ajuda do instrumento de recolha de informações (entrevista).

Sendo que foi feita entrevista semi-estruturada, com uma observação participante do investigador por onde decorrerá visitas constante a este serviço, visto que, pretende-se saber qual é a atuação do enfermeiro perante a dor com o intuito de a controlar para evitar menos danos ao utente em si.

A entrevista de um modo geral faz parte da comunicação verbal estabelecida pelo investigador com a intenção de obter resposta a sua problemática já estabelecida. A comunicação já vem estabelecido com os enfermeiros durante este ensino clínico sobre o tema. As entrevistas decorrerão no início do mês de maio.

O instrumento utilizado para a colheita de dados, foi um guião de entrevista, do qual constavam dezassete questões para dar resposta aos objectivos já estipulados. O guião consta na apêndice III.

A entrevista semi-estruturada, permite compreender preocupações e necessidade dos entrevistados. Neste sentido a comunicação está nas perguntas a serem colocadas de acordo com o guião da entrevista com liberdade de expressão dos entrevistados.

As entrevistas foram feitas no serviço de urgência do HBS para enfermeiros, sem interferir com a profissionalidade dos entrevistados respeitados todos os seus

princípios éticos legais. Todas as entrevistas tiveram uma duração entre 15 à 25 minutos, foram feitas em crioulo para depois serem transcrevidas para português.

Para o desenvolvimento deste trabalho a participação dos entrevistados foi muito importante e deu-se respondendo a algumas questões que lhes foram colocadas. A participação dos mesmos não lhes trarão nenhuma despesa ou risco e toda a informação recolhida é confidencial. A participação é voluntária e pode retirar-se a qualquer momento ou recusar participar, sem que tal opção lhe traga consequências. Informando-lhes ainda que as entrevistas foram gravadas.

Para o devido rigor do trabalho foi elaborado um guião de entrevista foi dirigida aos enfermeiros do serviço, mas antes disso foi necessário proceder a um pré-teste do roteiro de modo a garantir a unanimidade e coerência das interpretações das questões. Deste modo foi necessário um consentimento informado, para os enfermeiros assinarem de forma a comprometerem para a entrevista.

2.3. População alvo e amostra

Para dar uma melhor resposta as questões frisada foi necessário definir a população alvo que seria os enfermeiros do serviço de urgência de adulto do HBS.

População alvo é um conjunto de elementos ou de sujeitos que compartilham as mesmas características definidas como um conjunto de critérios , enquanto que amostra é o sob conjunto da população. Toda amostra tem que ter características da população.

O local da pesquisa foi feita no Banco de Urgência do Hospital Baptista de Sousa, onde este serviço quantifica um total de 13 enfermeiros para a população em estudo. Na seleção teve-se em consideração os seguintes critério de inclusão estipulados:

- Com mais de cinco anos de experiência em urgência e emergência;
- Trabalha só dentro do serviço de urgência do Hospital Batista de Sousa;
- Que tenha concluído o grau de licenciatura em enfermagem;
- Ainda a vontade expressa de participar no estudo.

Critério de exclusão:

- Ter menos de cinco anos de experiência em urgência e emergência;
- Que não aceitaram a gravação da entrevista.

Esta amostra forneceu-nos uma ideia das características da população em questão (enfermeiros), onde é necessário ter em conta as considerações éticas no que toca à direito e proteção das pessoas para aquisição da amostra pretendida.

Feita a aplicação dos critérios de seleção desenhou-se uma amostra não probabilística por conveniência constituída por seis (6) enfermeiros. Isto deve-se ao facto de cada elemento da população não teve a mesma probabilidade de ser escolhido para a amostra. Esta escolha deve-se ao contexto e que o investigador conhece todas as características da população.

Uma vez que o método não probabilístico não dá à todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar uma amostra, assim sendo a amostra escolhida pode não ser representativa da minha população em estudo, mas tendo em conta que não pretende extrapolar os resultados acredita-se que a amostra seleccionada permite responder na íntegra aos objetivos pré-definidos.

2.4. Questões éticas de investigação

Para qualquer investigação que é necessário envolver pessoas levanta questões éticas e morais para os mesmos.

A ética é um conjunto de permissões e de interdições para um enorme valor na vida social de cada indivíduo para relacionarem dentro da sociedade. Neste sentido pode-se dizer que a ética é uma ciência da moral e da arte para um bom relacionamento da vida de cada cidadão.

A realização do trabalho respeitou todos os princípios básicos da investigação e com o cumprimento dos direitos dos entrevistados sem por em causa a sua profissionalidade.

Este estudo foi autorizado e aprovado pela comissão ética do HBS para o propósito de recolha de informações para dar respostas às demandas questões estabelecidas.

Aos participantes foi formulado um consentimento informado para que os enfermeiros a serem entrevistados assinarem esse termo de responsabilidade tendo em conta os seus princípios éticos da investigação (direito a autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade).

Todas estas informações disponibilizadas antes da entrevista, ainda que só participaram na entrevista os enfermeiros que aceitaram fazer parte da pesquisa assinando assim o consentimento informado.

Portanto o entrevistado deve poder decidir livremente sobre a sua participação no estudo de pesquisa a ser trabalhado, ainda que o mesmo decide sobre a extensão e que tipo de informações foram fornecidas para o entrevistador.

Relativamente ao instrumento de recolha de informações foi necessário construir um guião de entrevista e testá-lo se é susceptível ou se não causa dupla interpretação das questões estipuladas. Para ser testado é necessário que este seja presente a alguns enfermeiros de outros serviços do hospital (7) bem como a enfermeira docente da Universidade do Mindelo.

Respeitou-se ainda a identidade e a privacidade de todos os entrevistados, sendo que em nenhum momento revelou as suas identidades, pois para cada guião consta somente caracterizado por idade, sexo, tempo de serviço, profissão, grau de escolaridade e ainda pelo local de trabalho.

Objectivando salvaguardar o anonimato dos entrevistados foi-lhe atribuído ainda um nome fictício de cada tipo de dor (Cefaleia, Lombalgia, Cervicalgia, Toracalgia, Epigastralgia, Mialgia).

Para salvaguardar a confidencialidade das entrevistas foram gravadas por individualidade, onde cada profissional de saúde fala das suas experiências vivenciadas no serviço e de que maneira gerem os recursos do serviço para o controle da dor. Foram feitas as entrevistas de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros.

Certifica-se desde já que foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, ainda que será pedido autorização a comissão ética legal do HBS para consultar os dados estatísticos bem como a recolha de informações no serviço de banco de urgência para melhorar a compreensão do fenómeno em estudo.

CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA

3.1. Apresentação e análise dos dados

Terminado a colheita de informações será necessário fazer a sua interpretação de resultados, deste modo foi transcrita as entrevistas e analisadas os mesmos conteúdos tendo em conta os discursos de cada entrevistado.

Nesta fase cabe ao investigador empenhar-se em demonstrar e ao mesmo tempo explicar os resultados obtidos, apoiando assim nas gravações dos entrevistados. Assim sendo cada interpretação dos resultados tenta realçar as respostas dadas pelos entrevistados. Portanto este capítulo expõe os resultados obtidos a cada uma das entrevistas interlaçando as ideias com coerência para alcançar os resultados esperados.

Para o cumprimento dos objetivos já estipulados, teve a necessidade de formular entrevistas para os enfermeiros do BUA com o intuito de dar respostas aos seus pressupostos. Para o mesmo as entrevistas foram codificadas de modo a garantir o anonimato dos entrevistados, atribuindo-lhe um nome fictício relacionada com o tema em estudo (Cefaleia, Lombalgia, Cervicalgia, Toracalgia, Epigastralgia e Mialgia).

De acordo com a seleção estabelecida foram caracterizadas nas seguintes variáveis: Sexo, Idade, Profissão, Tempo de serviço, Grau de escolaridade, Local de trabalho. Assim sendo é necessário demonstrar que no que tange a variável sexo são cinco do sexo feminino e apenas um do sexo masculino, com uma idade compreendida entre trinta e três a quarenta e cinco (33 a 45) anos de idade.

Portanto todos os entrevistados têm a mesma profissão bem como o grau de escolaridade e o local de trabalho. Relativamente aos anos de serviço estão compreendidas entre os cinco a vinte e sete (5 a 27) anos de serviço.

Tabela 1: Apresentação e característica da amostra em estudo

Nome	Sexo	Idade	Profissão	Tempo de serviço	Grau de escolaridade	Local de trabalho
Cefaleia	Fem	36 anos	Enfermeira	5 anos	Licenciatura	BUA
Lombalgia	Fem	43 anos	Enfermeira	5 anos	Licenciatura	BUA
Cervicalgia	Fem	33 anos	Enfermeira	11 anos	Licenciatura	BUA
Toracalgia	Fem	42 anos	Enfermeira	20 anos	Licenciatura	BUA
Epigastralgia	Fem	45 anos	Enfermeira	27 anos	Licenciatura	BUA

Mialgia	Mas	38 anos	Enfermeiro	11 anos	Licenciatura	BUA
---------	-----	---------	------------	---------	--------------	-----

Fonte: elaboração própria

Para facilitar a compreensão e análise dos dados encontrado através das entrevistas, entendeu-se que era necessário organiza-los em categorias e subcategorias, assim delineou-se em três (3) categorias e onze (11) subcategorias.

Sendo que a primeira categoria relata a percepção do enfermeiro sobre a dor, que por sua vez se divide em quatro(4) subcategorias; segunda categoria expõe o registo da dor com quatro (4) subcategorias; a terceira categoria retrata as Intervenções de enfermagem na avaliação da dor que exibe três (3) subcategorias.

Tabela 2: categorias e subcategorias das entrevistas

Categorias	Subcategorias
I. Percepção do enfermeiro sobre a dor	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito da dor e da dor precordial; • Tipos de dor; • Causas de dor precordial; • Medidas de avaliação da dor;
II. Registo da dor	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades na avaliação da dor e da dor precordial; • Vantagens do fluxograma triagem Manchester para avaliação da dor; • Desvantagens do fluxograma triagem Manchester para avaliação da dor; • Estrutura e formato do fluxograma de triagem de Manchester na avaliação da dor precordial;
III. Intervenções de enfermagem na avaliação da dor	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenções de enfermagem perante a dor; • Aspectos importantes para a avaliação da dor precordial;

	<ul style="list-style-type: none"> • Importância do enfermeiro no controlo da dor precordial;
--	--

Fonte: elaboração própria

3.2. Análise e interpretação das categorias

Categoria I- Percepção do enfermeiro sobre a dor:

Nesta primeira categoria pretende compreender qual a percepção do enfermeiro em relação a dor, visto que, são estes que estão em constante contacto com os utente e também os conhecimento científicos encontrar-se em constante mudança, portanto é relevante saber qual é o conhecimento do enfermeiro do BUA sobre o tema em questão. Contudo foi fundamental dividi-la em cinco subcategorias para compreender melhor a análise dos dados.

No SU dá entrada a todo o tipo de dor portanto teve como preferência de especificar qual o tipo de dor, daí a dor precordial (DP). Pois o enfermeiro é o profissional de saúde que mais está em contato com o utente daí o carecimento de saber qual o nível de conhecimento dos mesmos sobre o tema. Mobilização dos conhecimentos na pratica simplifica na atuação dos cuidados de enfermagem prestados. Para facilitar este entendimento foi criada estas subcategorias para dar resposta a esta categoria.

I subcategoria: Conceito da dor e da dor precordial

Em relação ao conceito da dor os seis entrevistados afirmam que a dor é uma sensação desconfortável e subjetiva, que varia de intensidade de acordo com cada patologia em especifica do utente, podendo assim resultar em decorrência de lesão ou distúrbio neurológico e emocional e esta conclusão faz-se da análise dos seguintes transcrições:

É uma sensação de desconforto e esta é tolerada de forma diferente, de pessoas para pessoa- Cervicalgia.

... ocorre em diferentes graus de intensidades, do desconforto leve à afonia, podendo resultar em decorrência de lesão, doença ou distúrbio emocional- Epigastralgia.

Neste sentido a dor é apresentada como a principal causa de procura no serviço de urgência (SU) e que esta está sempre associada a diferentes patologias e/ou alguma alteração física e ou neurológico de cada utente.

É um mal estar físico ou psicológico, causada por algum impacto que altere de uma forma ou de outra o estado neurológico e/ou sensitivo da pessoa- Mialgia.

Percebe-se que os enfermeiros do SU tendem a acompanhar a mudança científica para o conceito da dor sobre as diversas percepções. Logo tendem associar os conceitos científicos com os conceitos adquiridos com a experiência de vida profissional, que facilita na pratica dos cuidados prestados aos utentes.

Conceito da dor precordial

Teve uma necessidade de saber qual é o conhecimento do enfermeiro sobre a dor precordial e nas entrevistas feitas definiram-na como uma dor localizada no hemotórax esquerdo com irradiação para o membro superior esquerdo, ombro esquerdo.

A dor no tórax é um sinal de que algo não esta bem no sistema cardiovascular, portanto o enfermeiro urgentista tem que estar capacitado para reconhecer de imediato uma DP mesmo quando esta é confundida com outras patologias como a dor do tipo epigástrico.

...uma sensação de peso no centro do peito que erradia para o membro superior esquerdo que vem sempre acompanhada de sudorese e taquicardia- Lombalgia.

...dor súbita que pode ser localizada no peito e pode irradiar ao ombro e/ou membro superior esquerdo e que muitas vezes se confunde com dor gástrico-Mialgia.

Pois o enfermeiro que trabalha no SU tem de estar capacitado fisicamente e psicologicamente para reconhecer qualquer tipo de dor mesmo que este não esteja claramente evidente, e é fundamental que o mesmo faça uso da sua experiencia nesta área de saúde visto que a mesmo facilita na sua compreensão dos sintomas apresentados

pelo utente, evitando sequelas que podem vir a surgir com a demorada de uma ação ou mesmo por um falso diagnóstico.

dor no centro do peito que pode ou não irradiar para o membro superior esquerdo ou hemotórax posterior, pescoço podendo ainda estar associado a náuseas, sudorese, pele fria ou dor epigástrica-Toracalgia.

...reconhecer de imediata e saber atuar atempadamente para o bem do utente evitando assim complicações e sequelas-Cervicalgia.

Esta é uma das dores não mensuráveis, pois não pode ser quantificada portanto cada ação depende dos sintomas que o utente apresenta. Sintomas estes que estão associadas ao estilo de vida e com os antecedentes pessoais do utente.

II subcategoria: Tipos de dor

Segundo os entrevistados de todas os tipos de dores já conhecidas destacam estes como as mais predominantes no SU: dor abdominal , dor de garganta, lombalgias, dor pleurítica, causadas por traumas e por vezes dor torácica, onde está incluída a dor precordial.

São cefaleia, lombalgias, dor abdominal, e por vezes dor torácica-Cefaleia.

São cefaleia, dor abdominal, dor garanta, dor tornozelo, dor torácica, dor lombar, pélvica- Mialgia.

São cefaleia, toracalgia, lombalgia, dor abdominal, dor nos membros-Toracalgia.

Portanto o enfermeiro como o profissional que mais está em contacto com o utente tem de ser capacitado fisicamente e psicologicamente para reconhecer cada tipo de dor e a causa do mesmo para dar uma resposta adequada ao tratamento do mesmo. Pois cada intervenção serve para minimizar e ou controlar a dor no utente.

III subcategoria- Causas de dor precordial

A dor precordial é uma patologia frequente no SU e portanto a necessidade de saber as causas do mesmo. O enfermeiro deve ter em conta antecedentes cardíacas,

antecedentes de diabetes, a hereditariedade e ainda as causas desconhecidas pois só assim facilita na sua triagem e na chegada de um possível diagnóstico.

Pois os entrevistados relatam que as causas mais frequentes da DP no serviço de urgência são de causa cardíaca, Hipertensão Arterial, Diabetes Millitus, hereditariedade, enfarte, palpitação, angina do peito, edema agudo pulmão, fibrilação supraventricular e de causas desconhecidas.

causa cardíaca onde o utente está susceptível a ter um enfarte ou problemas coronários-Cefaleia, Lombalgia.

Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Millitus (DM), doenças coronárias, hereditariedade e de causas desconhecidas-Toracalgia.

Antecedentes de patologias cardíacas, enfarte, palpitação, angina do peito, edema agudo pulmão, fibrilação supraventricular- Mialgia, Cervicalgia.

Para além das causas da dor precordial também é necessário investir na promoção das mudança do estilo de vidas dos utentes, pois o sedentarismo e uma má alimentação condiciona o aparecimento das doenças cardiovasculares, assim que o enfermeiro consegue contribuir para a diminuição da prevalência das doenças cardiovasculares que tendem a aumentar ano por ano em Cabo Verde e no mundo inteiro mudando os fatores de riscos associados a estas patologias.

IV subcategoria: Medidas de avaliação da dor

As medidas para o gerenciamento e controlo da dor são necessárias , pois a dor por ser uma experiência subjetiva e sensorial cada utente tende a expressa-la e suportá-la de forma diferente, portanto o enfermeiro tem de estar capacitado para fazer uma avaliação adequada na triagem da prioridade atribuída ao utente.

Essa avaliação faz-se de acordo com a escala da dor determinando assim a prioridade no seu atendimento. Uma avaliação eficaz por parte do enfermeiro facilita na sua triagem de prioridade, pois este é quem está mais perto do utente.

A avaliação é importante para saber que tipo de dor ser deve atribuir ao utente-Cefaleia.

A maior parte dos utentes que vêm as urgências sentem qualquer grau da dor, onde o mesmo influencia na prioridade de atendimento-Epigastralgia.

Avaliar a dor através da régua da dor, controlar a dor administrando analgésico-Toracalgia.

Este vai de 0-10, em que a dor ligeira vai de 1-4 , dor moderada de 5-7 e a dor severa de 8-10- Cervicalgia.

Avaliação da dor exige um conjunto de conhecimento sólidas, por parte do enfermeiro, de modo a dar uma resposta adequada e atempadamente ao utente. Mas também é indispensável que o enfermeiro faça o uso dos seus conhecimentos e experiencia pratica para garantir uma adequada interpretação da intensidade da dor do utente para poder dar um seguimento apropriado ao mesmo.

Nota-se ainda que uma boa triagem de prioridade por parte do enfermeiro facilita também no alívio da dor ,já que o enfermeiro é quem mais está tempo em contacto com o utente e como tal está em melhores condições de seleccionar e desenvolver estratégias para garantir o alívio da dor de modo eficaz e eficiente.

A dor faz a ligação e interpretação direta e exata do acontecido com a sequência das intervenções a serem realizadas- Mialgia.

É importante no sentido em que as pessoas quando chegam aos serviço já estão a espera que a dor seja aliviada- Lombalgia.

É deste modo que a avaliação por parte do profissional de saúde se torna mais importante no SU para que de seguida seja dado um seguimento adequando ,mesmo quando o utente não está colaborante (ex.: quando não consegue expressar da melhor forma a sua dor), daí a importância da capacitação e da experiência prática do enfermeiro para conseguir identificar a dor e proporcionar ações de alívio para o mesmo.

Categoria II - Registo da dor:

O registo das intervenções de enfermeiro é importante pois é quem está sempre em contacto com o utente e no caso da dor não é diferente. Após a avaliação da dor deve-se fazer o registo do mesmo de acordo com a escala da dor em uso no serviço.

O registo da dor é sempre necessário no SU embora que a dor precordial não seja uma dor não mensurável, ou seja não pode ser quantificável o enfermeiro sempre que necessário tem que estar capacitado e apto para qualquer situação de urgência. Por isso que a DP deve ser tratada com máxima urgência evitando assim sequelas que podem vir a surgir. Por ser uma dor não mensurável é necessário entender melhor esta categoria e para isso é preciso conhecer melhor as suas subcategorias.

I subcategoria: Dificuldades na avaliação da dor e da dor precordial

Relativamente as dificuldades na avaliação da dor sentidas pelo enfermeiro é de referir que esta reside no fato da dor ser subjetiva e que a mesma dor pode variar de intensidade no mesmo utente em momentos diferentes.

A simulação da dor por parte de um utente dificulta assim a intervenção perante o mesmo-Toracalgia.

A avaliação da dor é um processo que exige experiência técnica em qualquer ambiente-Epigastralgia

Segundo os entrevistados é fundamental que o enfermeiro esteja ciente que vários são os fatores que podem dificultar a avaliação da dor nomeadamente: idade, experiência prévia da dor, cultura, ansiedade, intercepção das atividades normais do utente, mas que o enfermeiro tem que estar capacitado para reconhecer estas dificuldades e poder atuar da melhor forma possível para o alívio da dor para o utente.

Ainda tem um número de factores que influenciam na percepção da dor são: idade, experiência prévia da dor, cultura, ansiedade, intercepção das atividades normais do utente-Epigastralgia

... agitação, confusão da localização exata da dor, falta de conhecimento do que causou a dor (o real motivo da dor)-Mialgia.

Sendo assim é importante realçar que o enfermeiro deve estar capacitado fisicamente e psicologicamente para atuar de modo eficiente no controlo da dor,

identificando o tipo e a sua localização sobretudo nos casos em que o utente não consegue identifica-la.

Embora estas dificuldades não estejam devidamente declaradas o enfermeiro em qualquer situação tem de estar capacitado para poder identifica-la e atuar da melhor forma possível.

Dificuldades na avaliação da dor precordial

Uma das grandes dificuldades que os entrevistados relatam é pelo facto de estes sintomas de uma dor precordial podem ser confundidas com outros tipos de doenças com mesmos sintomas e que ao mesmo tempo o utente não consegue identificar.

dor no epigástrico para os diabéticos com uma dor no centro do peito. Uma dor no epigástrico é típico de uma dor precordial-Toracalgia, Cefaleia.

Muitas vezes o utente é incapaz de identificar o que realmente sente (sinais e sintomas)-Cervicalgia.

é o facto de existirem diversas doenças que podem causar dor peito-Epigastralgia.

Portanto é preciso que o enfermeiro esteja capacitado para reconhecer estas dificuldades e tentar supera-los da melhor forma possível. Para isso é necessário que o enfermeiro seja autónomo o suficiente para melhorar o estado de saúde do utente.

II subcategoria: Vantagens do fluxograma triagem Manchester para avaliação da dor

Quando se fala das vantagens do fluxograma Triagem Manchester para avaliação da dor é de realçar a importância do reconhecimento de imediato por parte do enfermeiro já é o profissional que mais está em contato com utente. Ainda afirmam esta triagem facilita no registo do mesmo já que a intensidade da dor varia de utente para utente assim também facilita no registo.

Facilita na marcação da escala da dor onde já não é necessário escrever se tem muita, pouca ou sem dor e é mais fácil só a colocação dos números-Lombalgia

Assim este parâmetro é mensurado como já tinha citado de 0-10, o que facilita o enfermeiro que em de escrever muito, pouco ou sem dor já dá uma classificação de 0 dor ou 1,2,3...,10 dor-Cervicalgia.

Pois ainda relatam que o registo da dor é sempre mais fácil a colocação dos números na ficha de triagem do que escrever se o utente tem muita, pouca dor, isto facilita na marcação e poupa mais tempo que ajuda na melhoria do utente.

Neste sentido que o enfermeiro se torna importante na avaliação da dor já que o utente chega em primeiro lugar na triagem e é vista pelo enfermeiro que ao fazer a sua avaliação concede um tipo de dor (severa, moderada, ligeira) de acordo com a escala analógica de dor em uso no serviço.

III subcategoria: Desvantagens do fluxograma triagem Manchester para avaliação da dor

As desvantagens do fluxograma de triagem de Manchester existe quando os utentes conseguem mascarrar a sua dor e que condiciona na avaliação da dor levando o enfermeiro ao erro e a definir erradamente a sua prioridade que determina um falso diagnóstico.

...são bons simuladores e se o enfermeiro não for capaz de reconhecer se esta dor é verdadeira, pode atribuir uma prioridade errada ao utente-Cervicalgia.

...rapidez do alívio da dor por parte do clínico-Mialgia.

Uma das grandes dificuldades é a auto avaliação da intensidade da dor por cada utente, sobretudo quando este refere uma dor difusa, isto é, quando o utente tem dor e não consegue fazer a sua localização numa determinada parte do corpo, assim sendo dificulta também na sua triagem com o fluxograma em uso.

...as queixas da dor num determinado parte do corpo e o e o livro de triagem não tem este fluxograma. E tem de saber a localização exata da dor para poder fazer uma triagem de acordo com este fluxograma-Lombalgia.

Um enfermeiro capacitado e com ajuda da sua experiencia profissional facilita no seu reconhecimento da dor e ajuda o utente a fazer a sua localização exata da dor

quando este não consegue. Logo facilita na sua triagem e melhorando o estado de saúde do utente.

IV subcategoria- Estrutura e formato do fluxograma de triagem de Manchester na avaliação da dor precordial

Para os entrevistados a DP como um discriminador de outros índices do fluxograma de triagem de Manchester , assim sendo estes dados tornam-se subjetivos pois a atenção nem sempre vai ser disponibilizada para este discriminador já que existem outros índices com discriminadores com mesmos sintomas da dor precordial.

Não temos um fluxograma específico “dor precordial” mas sim a partir dos fluxogramas “Dor torácica” , “Dispneia”, “Estado de inconsciência/síncope” e “Palpitações” podemos discriminar que o utente tem uma dor precordial-Cervicalgia, Cefaleia.

deveria ter o seu próprio fluxograma. já que existem inúmeras doenças com sintomatologia de dor que podem levar a dor precordial- Epigastralgia.

dor precordial triamos em dor torácica de acordo com as queixas dos sinais e sintomas apresentados pelo utente-Lombalgia.

O fluxograma está bem estruturado, tendo em conta que o músculo cardíaco que fica dentro da cavidade torácica-Toracalgia.

Por outro lado há entrevistados que afirmam que este fluxograma está bem estruturada de modo a dar uma maior atenção a estes sintomas. No entanto a percepção generalizada revela que o fluxograma não está bem estruturada porque há várias patologias com mesmos sintomas que a DP e isto condiciona na sua triagem já que ela é feita em outros índices deste fluxograma. Se enfermeiro não estiver capacitado para reconhecer as dificuldades encontradas durante a triagem pode levar a um falso triagem.

Categoria III- Intervenções de enfermagem na avaliação da dor:

O enfermeiro por ser um profissional de saúde que está com maior contacto com os utentes e é neste sentido a importância de uma boa avaliação perante a dor para facilitar nas intervenções de enfermagem.

Logo é necessário fazer uma intervenção holística para o utente em si melhorando o seu estado ,para isso é essencial realçar esta categoria bem como as suas subcategorias.

I subcategoria: Intervenções de enfermagem perante a dor

Já que foi feito uma avaliação perante a dor do utente, cabe ao enfermeiro proporcionar um conjunto de intervenções de enfermagem que dão seguimento de a avaliação e controlo da dor. E nesta lógica torna-se imprescindível ter em atenção que a dor é uma experiência subjetiva cuja intensidade também é subjetiva, pois varia de utente para utente em momentos diferentes. Para melhor compreensão segue as seguintes transcrições:

Auscultação da expressão da dor, palpação, interrogatório do acontecido, conforto físico e psicológico atuação direta na dor através de manobras de alívio e com fármacos-Mialgia.

As intervenções necessárias depende do tipo de dor, ou seja, se ela pode ser medicada ou não-Cefaleia

Aplicar um analgésico para controlar a dor se esta for medicada-Lombalgia.

A conduta de enfermagem depende e muito do tipo de avaliação por parte do enfermeiro, nesse caso que tipo de dor e se esta pode ou não ser mensurável, e que intervenções de enfermagem dependem da avaliação por parte do enfermeiro. Caso contrário uma ação inapropriada altera a atuação de outros profissionais de saúde na avaliação da mesma lesão dolorosa, levando assim a um falso diagnóstico.

II subcategoria- Aspectos importantes para a avaliação da dor precordial

Relativamente aos aspectos importantes para a avaliação da dor precordial deve ter em conta os antecedentes clínicos do utente para poder entender as causas da patologia assim proporcionar intervenções de forma eficaz. Por isso deve ter em conta sempre a localização da dor , início dos sintomas, outras sintomas associados, antecedentes pessoais de saúde do utente para definir o risco de saúde do utente.

A localização da dor , início dos sintomas, outras sintomas associados, antecedentes do utente-Cervicalgia.

deve-se avaliar diversas variáveis clínicas como a característica da dor, idade do paciente, factores de risco, antecedentes de doenças cardíacas, etc., para decidir se a dor é de alto ou baixo risco-Epigastralgia, Mialgia.

expressão facial do utente, queixas dos utentes, assinalando com a mão a localização da dor, parâmetros vitais-Toracalgia.

É cada vez mais relevante estudar este tema, mais acima de tudo o enfermeiro tem que saber a os antecedentes patológicos do utente, clarificar melhor os sintomas para que depois tenha uma diagnóstico em específico de dor precordial para no futuro próximo definir as intervenções de enfermagem a serem realizadas.

III subcategoria- Importância do enfermeiro no controlo da dor precordial

É cada vez mais importante a ação dos enfermeiro no SU por isso o enfermeiro deve ter em conta sempre a sua experiência profissional na área bem como a sua capacitação para diagnosticar qualquer outra patologia que seja diferencia da dor precordial.

Por isso que no SU o tempo é o factor importante que faz a diferença na vida de um utente, logo é preciso que o enfermeiro seja capacitado para diagnosticar a DP o mais rápido possível evitando sequelas para o utente e salvando a sua vida.

Os enfermeiros tendem a fazer o seu trabalho com eficácia e precisão dos cuidados para o utente-Cefaleia, Lombalgia.

avaliação da dor segue como um desafio aos profissionais de saúde nos serviços de urgências devido a subjetividade e dificuldades em sua mensuração-Epigastralgia.

Extrema importância em que tem que estar capacitado para a detenção e intervenções e que pode adiar um dano grave à um utente-Mialgia.

Em BUA o enfermeiro tem que ter destreza nas suas ações realizados, pois a qualquer momento pode ser necessário uma intervenção mais eficaz e rápida por parte do mesmo, daí a importância da sua capacitação física e psicológica.

3.3. Conclusão da análise dos dados

Tendo concluído esta fase do trabalho torna-se necessário fazer uma análise dos dados para saber até que ponto o investigador consegue fazer uma reflexão dos dados colhidos junto dos seus entrevistados para a confirmação ou não dos pressupostos.

É neste sentido que pretende com a análise dos dados apontar estratégias para resolução e cumprimento dos objectivos extrapolados.

No que tange ao objectivo geral é importante dizer que em relação a dor precordial, os enfermeiros do BUA tendem a estar capacitados para dar uma resposta atempadamente a esta situação caso aconteça. Portanto há de haver recursos humanos e materiais para proporcionar uma ação adequada aos nossos profissionais de saúde no sentido de melhorar ou mesmo estabilizar o estado de saúde do utente até a chegada do médico de urgência.

Logo a qualidade do atendimento está sempre relacionada com os recursos matérias disponibilizados neste serviço. Pode-se concluir que os enfermeiros do BUA sentem grande dificuldade no atendimento dos utentes com DP, onde estes não conseguem especificar as suas sintomas da doença pois há varias doenças com sintomas parecidas.

A dor é uma das causas mais frequentes no SU portanto é necessário expor as suas causas de modo a facilitar na suas triagem. De todas as causas que pode estimular a dor precordial estão as de causas cardíacas, , Hipertensão Arterial, Diabetes Millitus, hereditariiedade, enfarte, palpitação, angina do peito, edema agudo pulmão, fibrilação supraventricular e de causas desconhecidas.

O serviço de urgência do HBS dispõe de uma triagem prioridades, o que implica estabelecer prioridades, de acordo com o Sistema de Triagem de Manchester, dependendo dos sintomas apresentados pelos utentes.

A partida a qualquer tipo de dor que seja mensurável, ou seja pode ser avaliada na escala analógica da dor (0-10), onde cada número corresponde a um tipo de dor (ligeira, moderada e severa) e ainda também na escala visual onde o enfermeiro terá a

capacidade de avaliar o utente com apenas a visão se o utente tem ou não dor e se é capaz de suportar ou não a dor.

A avaliação da dor tem a sua importância, pois a partir desta avaliação se desenvolve um série de atividades para facilitar ou melhorar o estado de saúde do utente. Um enfermeiro capacitado e com a sua experiência de vida profissional facilita na sua interpretação da dor.

Contudo há vantagens na da avaliação da dor no BUA. Esta avaliação garante que a dor seja tratada de primeira oportunidade. Se o utente é tolerável a dor é possível atribuir-lhe uma prioridade inferior, o que permite que a enfermeiro fique livre para tratar de utentes que requerem uma observação urgente. Por outras razões reduz a ansiedade do utente e melhora a comunicação.

Durante o desenrolar do ensino clínico neste serviço, permitiu ver que não existe um fluxograma próprio para a DP embora existe outros fluxogramas que vão de encontro com a DP. A dor precordial pode ser avaliada como um discriminador dos seguintes fluxogramas: “Dor torácica”, “Dispneia”, “Estado de inconsciência/síncope” e “Palpitações”.

Dos entrevistados há quem diz que a DP deveria ter o seu próprio fluxograma e não estar incluído em outros fluxograma. O facto de existirem inúmeras doenças com sintomatologia parecidas com que a dor precordial não seja reconhecida logo à entrada para a triagem.

Embora a DP não seja uma dor mensurável, ou seja, atribui-la um número na escala da dor que seja exigida neste sistema de triagem. Uma vez que DP é uma dor não quantificável, independentemente da sua prioridade obriga a atribuição da prioridade adequada. O discriminador é atribuída pela característica da dor e não pela sua intensidade.

A tomada de decisão por parte do requer rapidez tanto no raciocínio como na intuição e ambos devem basear-se nos conhecimentos e aptidões profissionais. Por ser uma dor não quantificável o seu registo vai de encontro com as características da dor e sua localização e irradiação; o início repentino ou não e os sintomas que acompanham a dor, como suores, náuseas, sensação de lipotimia e/ou epigastria.

Em suma, apesar da dimensão das queixas da dor precordial nos serviços de urgências, existe deficiência da padronização das condutas de enfermagem e para a construção protocolos. A avaliação da dor segue como um desafio aos profissionais de saúde nos serviços de urgências devido a subjetividade e dificuldades em sua mensuração. Mas dada a perícia do enfermeiro urgentista a dor precordial é rapidamente identificada a tomada de decisão também tem de ser rápida, até a chegada do médico que vai avaliar o utente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando ao fim do trabalho pode-se constatar-se que o tema é importante para mais um elemento de aquisição de conhecimento. Esta temática é de realçar já que a dor para além de ser um fenómeno multidimensional, é um sinal de alarme e salvaguardar a integridade física devendo ser reconhecida e iniciado o tratamento para evitar efeitos deletérios.

Esta revisão constatou-se que a dor para além de ser subjetiva e dimensional é um dos sintomas mais frequentes no serviço de urgência , pois leva o enfermeiro a estar capacitado fisicamente e psicologicamente para dar uma resposta adequada ao tratamento.

Portanto a dor como qualquer outra patologia necessita de uma avaliação adequada por parte do enfermeiro para uma intervenção de acordo com a patologia diagnosticada.

O presente estudo denotou-se que todos os resultados obtidos vão de encontro com os objectivos traçados , conhecendo qual é a percepção do enfermeiro urgentista no controlo da dor precordial, visto que, as doenças cardiovasculares tem vindo a aumentar gradualmente com o passar dos anos. Existe uma grande dimensão das queixas da dor precordial nos serviços de urgências, o que exige uma padronização das condutas de enfermagem e para a construção protocolos. A tomada de decisão por parte do enfermeiro tem de ser rápida e isto requer tanto raciocínio como intuição e ambos devem basear-se nos conhecimentos e aptidões profissionais.

Em suma o controlo da dor compreende um conjunto de intervenções com o intuito de prevenção e tratamento do mesmo. O enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados assim que evidenciar a ocorrência ou avaliação da dor agindo na promoção dos cuidados.

REFERÊNCIA S BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Alvarez, G. A. (2009). Objeto virtual de aprendizagem simulada em enfermagem para a avaliação da dor aguda em adultos. Dissertação em enfermagem. Florianópolis
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/92709/275571.pdf?sequence=1>
visada a 23 de abril de 2016, 12:20;
- ✓ Anziliero, F. (2011). Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na Estratificação de Risco: Revisão de Literatura. Tese de mestrado em enfermagem
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37506/000822814.pdf?sequence=1>
visitada 16 de março de 2016,16:25;
- ✓ Arantes, Q.L.C. A. e Maciel S.G. M. (2008) Avaliação e tratamento da dor in Conselho Regional Medicina de São Paulo. São Paulo.2008;
- ✓ Arome M. E. e Philippi S. L. M. (2011). Enfermagem médico-cirúrgica aplicada ao Sistema Cardiovascular. 8º edição Senac. São Paulo;
- ✓ Batalha L. (2010). Dor em pediatria: compreender para mudar. Lisboa. Lidel <https://www.wook.pt/livro/dor-em-pediatria-luis-batalha/5101906>
Visitada a 12 de abril de 2016,15:38;
- ✓ Calil M. A. e Paranhos W. Y. (2007) . O enfermeiro e as situações de emergência. Atheneu. São Paulo;
- ✓ Cardoso M. G. M. (2009). “Controle da dor ” in Maciel, M. G. S. (Coord.).(2009). Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro. ANCP;
- ✓ Carret V. L. M. (2007). Demanda do serviço de saúde de emergência: características e fatores de risco para o uso inadequado. Tese de Doutorado em Ciências de Saúde. Brasil <http://site.www.tesedoutorameto/carret/pdf> visitada a 28 de março de 2016, 16:23;
- ✓ Diagnóstico de Enfermagem da NANDA (2004). Sistematização das propostas do II SNDE. Rio de Janeiro: João Pessoas;
- ✓ Direção Geral Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. www.aped-dor.or/images/documentos/...da_dor/Programa Controlo da Dor.pdf
visitada a 26 de abril de 2016, 20:55;

- ✓ Direção Geral Saúde (DGS, 2003). Implementação da dor como o quinto sinal vital.
<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2015/08/Implementacao-da-Dor-como-5%C2%BA-Sinal-Vital-nos-Hospitais-Portugueses.pdf> 26 de abril de 2016, 19:55;
- ✓ Doenges E. M. e Moorhouse F. M.(2010) . Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem. 5ª edição. Lusociência;
- ✓ Figueiredo J. (2011). Protocolo 43 dor precordial (Angina ou Infarto Agudo do Miocárdio)
<http://www.cisrun.saude.mg.gov.br/ckfinder/userfiles/files/Protocolo%2043%20dor%20precordial.pdf> visita a 24 de março de 2016, 14:36;
- ✓ Fundap (2010) .Livro do aluno Urgência e Emergência. TecSaude. São Paulo;
- ✓ Graça A.(2014). Introdução a investigação científica- Guia para Investigar e Redigir.2º edição, Mindelo;
- ✓ Group de Triage de Manchester. Triage do serviço de urgência. Freitor Porto Editor, Portugal, 2009;
- ✓ Hoeman P. S.(2011). Enfermagem de reabilitação-Processo, Intervenção e resultados esperados. 4ª edição. Lusodidática;
- ✓ Johnson M., Maas M. e M. Sue (2004). Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 2ª edição. ARTMED. Porto Alegre
- ✓ Machado H.(2008). Relação entre a triagem de prioridades no Serviço de Urgência (metodologia de Manchester) e a gravidade dos doentes. Tese de mestrado de gestão em saúde em Mestrado de Gestão em Saúde. Lisboa
<http://site.ucdb.br/public/md-mestrado/Machado-H.pdf> visita 10 de abril de 2016, 18:53;
- ✓ McCloskev C. J. e Bulechek M. (2004). Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).3ª edição. ARTMED. Porto Alegre;
- ✓ Ministério de saúde, Relatório Estático (2007). Volume I .Praia . cabo Verde. [http://Relat%20Estat%20Saude%202013v4%20\(3\).pdf](http://Relat%20Estat%20Saude%202013v4%20(3).pdf). Visitada à 23 de março pelas 18:00;
- ✓ Ministério de saúde, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. Volume I .Praia. Cabo Verde

2008.[http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Cape_Verde/Cape_Verde_Natl_Health_Plan_2008 - 2011 Portuguese V2.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Cape_Verde/Cape_Verde_Natl_Health_Plan_2008_-_2011_Portuguese_V2.pdf) . visitada à 23 de março de 2016,17:23;

✓ Monahan D. F., Sands K J., Neighbors Ma., Marek F. J., Green J. C.(2010). Enfermagem Médico-Cirúrgico- Prespectivas de saúde e doença. 8ª edição. Lusodidática;

✓ Nascimento H. (2010). A dor no recém-nascido numa UCI: concepções e práticas de enfermagem. Tese de mestrado em ciências de saúde. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26618/2/Tese%20%20Helena%20Nascimento.pdf> 20 de maio de 2016, 15:36

✓ Newby E. D. e Grubb R. N.(2005). Cardiologia. euromédice-Edições Médicas. 1º edição . Portugal;

✓ Ourique S. S. A. (2015). Aplicação e avaliação de quatro escalas unidimensionais para avaliação da intensidade da dor em doentes que recorram à consulta da clínica universitária Egas Moniz. Tese de mestrado em Medicina. Portugal <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/15021-final.pdf> visitada á 25 de março de2016, 12:25;

✓ Pimenta M. A. C.(1999). Atitudes de doentes com dor crônica frente à dor. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo;

✓ Ribeiro C. (N/D). Precordialgia in Barbosa António e Rico Toscano (N/D). Dor: Do neurónio à pessoa. Portugal. Permanyer Portugal;

✓ Ribeiro L. A. e Cardoso A. (2007). Dor: um foco da Prática dos Enfermeiros in Revista Dor. Volume nº15:1 REV

✓ UNIC - Unidade de Cuidados (2009). Manual de cuidados paliativos em pacientes com câncer. Rio de Janeiro.1º edição;

Apêndices

Apêndice I- Requerimento

A Comissão de ética para fornecer
A S.T. para 2º devida
Exma. Senhora Diretora
Hospital Dr. Baptista De Sousa
Dr.ª Sandra Vasconcelos
23/03/16

Assunto: Pedido de autorização para recolha de informações para Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia)

Mindelo, 21 de Março de 2016

Kátia Maria Da Luz Pinto, nº2818, aluna do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio comunicar que no âmbito da realização do Ensino Clínico Projeto Pessoal em Enfermagem Clínica, integrado no 2º semestre do 4º ano do curso será preciso uma recolha de informações necessárias para a redacção do trabalho de conclusão de curso (monografia).

Neste sentido vem por este meio solicitar a Vossa Exma. que se digna a autorizar para a recolha de informações junto dos enfermeiros do serviço de Banco de Urgência sobre o tema "Atuação do enfermeiro urgentista no controlo da dor".

O trabalho será de carácter qualitativo, exploratório descritivo, procurando responder adequadamente aos objectivos definidos.

Objectivo geral

Analisar a atuação do enfermeiro urgentista no controlo da dor no serviço de urgência.

Objectivos específicos

Identificar a etiologia da dor mais frequente no serviço de banco de urgência;

Descrever a percepção do enfermeiro urgentista na abordagem da dor no serviço de urgência;

Contacto e-mail: katypinto1992@hotmail.com/ 950-74-45 ou 232-54-31

Dra. Mª Adelaide Delgado
Nutricionista
Hospital Dr. Baptista De Sousa
23/03/16

Apontar as intervenções do enfermeiro urgentista no controle da dor no serviço de banco de urgência;

Compreender as limitações do enfermeiro urgentista no controlo da dor dentro do serviço de banco de urgência.

Será uma entrevista semi-estruturada, com uma observação participante do investigador por onde decorrerá visitas constante a este serviço, ainda que é necessário construir um guião de entrevista e testá-lo antes que seja efectuada as entrevista. Estas serão gravadas individualmente.

Certifica-se desde já que será garantido o anonimato e a confidencialidade das informações recolhidas, respeitando assim todos os princípios éticos inerentes ao trabalho do género.

Em caso de alguma duvida não hesitar em contactar-me,

Grato pela atenção disponibilizada.

Pede-se referimento.

Assinatura

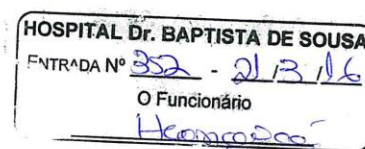
Kátia Maria de Luz Pinto

(A Discente)

Suely Reis



(A Coordenação do Curso)



Contacto e-mail: katypinto1992@hotmail.com/ 950-74-45 ou 232-54-31

Apêndice II- Consentimento Informado

Kátia Maria da Luz Pinto, aluna do 4ºano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, encontra-se realizando um estudo de investigação, atendendo as exigências do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que tem como tema Atuação do enfermeiro urgentista no controlo da dor, sob orientação da Enfª docente Suely Reis.

Para o desenvolvimento deste trabalho a sua participação é muito importante e dar-se-á respondendo a algumas questões que lhe serão colocadas. A sua participação não lhe trará nenhuma despesa ou risco e toda a informação recolhida é confidencial. A sua participação é voluntária e pode retirar-se a qualquer momento ou recusar participar, sem que tal opção lhe traga consequências. Informa-se ainda que as entrevistas serão gravadas.

Eu, _____
afirmo consentir por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa, e que autorizo que as entrevistas sejam gravadas sempre que seja necessário. Declaro ainda que recebi as informações sobre o estudo acima, além disso, li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação no mesmo.

Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos ser utilizados conforme descrito neste termo de consentimento.

Mindelo,.....de.....de 20....

(O entrevistado)

(O entrevistador)

Apêndice III- Guião de Entrevista

A) Identificação:

Numero de entrevista _____

Profissão _____

Idade: _____

Grau de escolaridade _____

Sexo () M () F

Local de Trabalho _____

Tempo de serviço _____

B) Questões

1. Por suas palavras que significado atribui a dor?
2. Quais os tipos de dor mais frequentes no serviço?
3. Em que medida considera importante, a avaliação da dor no serviço de urgência?
4. Quais as intervenções de enfermagem você considera necessário para avaliação e controlo de dor aguda neste serviço?
5. Quais são as principais dificuldades, encontradas na avaliação da dor num adulto?
6. De que forma é feito o registo da dor num adulto?
7. Aponte as vantagens/facilidades encontradas na utilização do Fluxograma de Triagem de Manchester para avaliação e controlo da dor ?
8. Aponte as principais desvantagens/dificuldades da utilização do Fluxograma de Triagem avaliação e controlo da dor ?
9. O que é dor precordial para si?
10. Quais as causas da dor precordial?
11. Qual é a interpretação que faz da dor precordial no serviço de urgência?
12. Quais são as principais dificuldades, que sente na avaliação da dor precordial num adulto?
13. Quais os aspectos que consideras importantes na avaliação da dor precordial? Porquê?
14. De que forma é feito o registo da dor precordial num adulto?
15. Como você avalia a estrutura e o formato do fluxograma Triagem para a avaliação da dor precordial?
16. Quais as intervenções de enfermagem prestados ao utente que chega ao serviço de urgência com dor precordial?
17. Qual é a importância do enfermeiro urgentista no controlo da dor precordial?

Anexos

Anexo I- Classificação da dor em termos de duração

Classificação da dor em termos de duração		
Características	Dor aguda	Dor crónica
Início	Geralmente súbito	Pode ser súbita ou de desenvolvimento insidioso
Duração	Transitória(até 3 meses)	Prolongada (meses ou anos)
Localização da dor	As regiões dolorosas em geral distinguem-se bem das não dolorosas	Não se distinguem muito as regiões dolorosas das não dolorosas; A intensidade torna-se mais difícil de ser avaliada(alterações da Sensibilidade;
Sinais clínicos	Sinais de hiperatividade simpática (como uma subida da pressão arterial)	Geralmente não há alteração dos sinais vitais (adaptação)
Objectivos	Aviso de que algo está mal	Inexpressivo, sem objectivo
Padrão	Autocontrolável ou prontamente corrigida	Continua ou intermitente; Intensidade pode variar ou permanecer constante
Prognóstico	Possibilidade de alívio total	Geralmente não é possível o alívio total

Fonte: elaboração própria baseada em Doenges & Moorhouse, (2010).

Anexo II- Classificação da Dor

Classificação da Dor
<p>Dor somática</p> <ul style="list-style-type: none">• Descrição: monótona, em agulhada, contínua e latejante.• Constante e bem localizada• Dor óssea – a mais comum• Geralmente bem controlada se a causa da dor for retirada
<p>Dor visceral</p> <ul style="list-style-type: none">• Descrição: profunda, monótona, contínua, em aperto ou com sensação de pressão.• Episódica ou em cólica• Frequentemente mal localizada• Reflexo cutâneo: diferencial difícil com dor somática• Causada por extensão ou distensão de musculatura lisa visceral, isquemia ou irritação mucosa ou serosa de vísceras
<p>Dor neuropática</p> <ul style="list-style-type: none">• Descrição: em queimação, pontada, choque. Constante ou esporádica• Geralmente associada a sensações anormais como alodinia, hiperpatia, parestesia, hipoestesia• Causada por injúria neural, invasão tumoral de nervos, plexos ou resultado de tratamento.• Inclui dor fantasma, dor por desaferentação, dor central, neuralgia pós herpética, disfunção do sistema simpático.

Fonte: elaboração própria baseada em Arantes e Maciel (2008)

Anexo III- Escala visual analógica



Escala numérica



Figura 1. Escala analógica visual para avaliação da dor.

Anexo IV- Avaliação de Dor no utente Confuso Não-comunicativo

Avaliação de Dor no utente Confuso Não-comunicativo
<p>Dor aguda</p> <ul style="list-style-type: none">• Expressão facial• Vocalização• Aumento da tensão muscular• Reações neurovegetativas – pulso, PA, FR
<p>Dor crônica</p> <ul style="list-style-type: none">• Comportamento deprimido• Piora no estado mental
<p>Critérios sugestivos da presença de dor em paciente confuso não-comunicativo</p> <p>Situação clínica</p> <ul style="list-style-type: none">• Câncer metastático• Doenças articulares com deformidades• Pós operatório de cirurgias torácicas, abdominais e ortopédicas• Queimados• Procedimentos dolorosos (inclui banho, troca, mudança de decúbito e curativos)• Presença de drenos
<p>Comportamento do utente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Adoção de postura de proteção (resistência a certos movimentos durante os cuidados)• Movimento de retirada do estímulo doloroso• Agitação persistente, mesmo após adoção de medidas não farmacológicas de conforto• Diminuição do nível de atividade• Vocalização – gemência, choro• Alteração do padrão de sono• Diminuição do apetite

Fonte: elaboração própria baseada em Arantes e Maciel (2008)

Anexo V- Características da angina de peito

Características da angina de peito	
Tipo de dor	<ul style="list-style-type: none">- Sensação de peso, de compressão, de queimadura, de aperto;- Constrição da garganta;- Dor tipo visceral(profunda, intensa, incomodativa);- Gradativa quanto à intensidade tanto de início (crescendo) como no final.
Localização da dor	<ul style="list-style-type: none">- Retroesternal;- Em diversos locais entre o epigastro e a faringe;- No braço ou no ombro esquerdo;- Na mandíbula;- No pescoço ou na parte superior do tórax;- Nas áreas interescapular esquerda ou direita.
Factores precipitantes	<ul style="list-style-type: none">- Exercício físico nomeadamente correr;- Esforços que envolvem elevar os braços para acima da cabeça;- Ambientes frios;- Andar contra o vento;- Esforços após refeições copiosas;- Exercícios físicos relacionados com ansiedade;- Labilidade emocional;- Relações sexuais.
Sintomas associados	<ul style="list-style-type: none">- Dispneia;- Palpitações- Tonturas e síncope;- Astenia

Fonte: elaboração própria com base em Ribeiro (N/D)

Anexo VI- Doses recomendadas de analgésicos não-opioides disponíveis no Brasil

Doses recomendadas de analgésicos não-opioides disponíveis no Brasil		
Droga	Doses recomendadas para crianças e adultos (> 50 kg)	DMD
Dipirona	500 a 1.000 mg – 6/6h	6 mg
Paracetamol	500 a 1.000 mg – 4/6 h	6 mg
Diclofenaco	50 a 100 mg – 6/8 h Retard: 6/12 h	200 mg
Tenoxicam	20 a 40 mg – 24 h	40 mg
Cetoprofeno	50 a 100 mg – 8 h	400 mg
Piroxicam	20 a 40 mg – 24 h	-
Nimesulida	50 a 100 mg – 12 h	-
Meloxicam	7,5 a 15 mg – 12/24 h	-
Eterocoxib	60 a 90 mg – 24 h	-

DMD: dose máxima diária.

Fonte: Barbosa(2009)

Anexo VII- Métodos de tratamento não-farmacológico

Método	Uso frequente	Contra indicação	Modo de usar	Precauções
Calor Superficial	Dor na região dorsal e lombar, espasmos e contracturas musculares, rigidez articular, inflamação superficial localizada	Infecção, sangramentos, insuficiência vascular, alteração da sensibilidade, alteração do nível de consciência, neoplasia (não aplicar em cima do tumor)	20 a 30 minutos entre 40°C e 45°C, 3 a 4 vezes ao dia	Ver a temperatura, colocar uma toalha de proteção, observar alterações na pele, não exceder o tempo de exposição recomendado
Frio Superficial	Dores músculo-esqueléticas e tegumentares, contusões, torções, ferimentos	Doença vascular periférica, insuficiência arterial, fenômeno de Raynaud's, alteração da sensibilidade e do nível de consciência	10 a 15 minutos em torno de 15°C, 2 a 3 vezes ao dia	Colocar toalha de proteção, observar alterações na pele, não exceder o tempo de exposição recomendado

Fonte: a própria com base em Fundap(2010)

Anexo VIII- Fluxograma de Triagem de Manchester da Dor Torácica

Dor torácica	Tempo para avaliação
Obstrução das vias aéreas	Imediata
Respiração inadequada	Imediata
choque	Imediata
Não	
Dor precordial ou cardíaca	Em 10 minutos
Dispneia aguda	Em 10 minutos
Pulso normal	Em 10 minutos
Dor intensa	Em 10 minutos
Limite risco	
Não	
Dor pleurítica	Em 60 minutos
Vômitos persistentes	Em 60 minutos
História cardíaca importante	Em 60 minutos
Dor moderada	Em 60 minutos
Não	
Vômitos	Em 120 minutos
Dor leve recente	Em 120 minutos
Evento recente	Em 120 minutos
Não	
240 minutos	

Fonte: Adaptado de Mackaway-Jones,2006; GPT,1997; GBCR,2010.

Anexo IX- Definição da dor segundo NANDA

Dor
Definição- estado no qual o individuo experimenta e relata a presença de severo desconforto ou uma sensação desconfortável.
Características definidoras: Subjetivas <ul style="list-style-type: none">• comunicação verbal ou não verbal da dor. Objectivas <ul style="list-style-type: none">• comportamento defensivo e protetor;• Introspeção;• Focalização limitada (percepção alterada do tempo, isolamento do contacto social, dificuldade no processo de pensamento);• Comportamento compatível com desconforto (gemer, chorar, caminhar, solicitar, apoio de outras pessoas, inquietação);• Expressão facial da dor (olhar sem brilho, abatido, fixo ou com movimentos dispersos ,careta);• Alteração do tônus muscular (podendo passar de relaxado a rígido);• Respostas autónomas não vistas em dor crónica estável (diaforese, mudança da pressão arterial e no pulso, dilatação capilar, frequência respiratória aumentada ou diminuída).
Factores relacionados <ul style="list-style-type: none">• agentes de injúrias (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

Fonte: elaboração própria

Anexo X- Definição de dor crónica segundo NANDA

Dor crónica
Definição- estado no qual o individuo experimenta dor que continua por mais de seis meses.
Características definidoras- Maior <ul style="list-style-type: none">• Relato verbal ou evidência observada de dor experimentada por mais de seis meses;• Temor de reincidência da dor;• Isolamento físico e social;• Habilidade alterada para continuar atividades prévias;• Anorexia;• Mudança de peso;• Expressão facial;• Movimento de autoproteção.
Factores relacionados <ul style="list-style-type: none">• incapacidade física ou psicossocial crónica.

Fonte: elaboração própria

Anexo XI- Intervenções NIC

Dor aguda	Dor crônica
Estado no qual em que o indivíduo experimenta uma dor que continua por mais de seis meses quanto a duração.	Estado no qual o indivíduo experimenta e relata a presença de intenso desconforto ou de uma sensação desconfortável.
Intervenções de enfermagem solucionadas ao problema: <ul style="list-style-type: none"> • Acupressão; • Administração de analgésicos; • Aplicação de calor/frio; • Controle da dor; • Estimulação cutânea; • Massagens simples. 	Intervenções de enfermagem solucionadas ao problema: <ul style="list-style-type: none"> • Redução da ansiedade; • Acupressão; • Administração de analgésicos; • Controle da dor; • Estimulação cutânea; • Redução da flatulência.
Intervenções adicionais optativas: <ul style="list-style-type: none"> • Controle do ambiente: conforto; • Terapia com exercício; • Hipnose; • Distração; • Monitorização dos sinais vitais. 	Intervenções adicionais optativas: <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a segurança; • Controle do ambiente: conforto; • Terapia com exercício; • Hipnose; • Terapia simples de relaxamento.

Fonte: elaboração própria

Anexo XII- Classificações NOC

Dor	Dor crónica
Uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Internacional Association for the Study of Pain). Início súbito ou lento, de intensidade leve ou intensa, com um termo antecipado ou previsível e uma duração menos de 6 meses.	Uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge em decorrência de uma lesão real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Internacional Association for the Study of Pain). surgimento repentino ou lento, de qualquer intensidade de leve a grave, constante ou recorrente sem um fim antecipado ou previsível e uma duração superior de 6 meses.
Resultados sugeridos <ul style="list-style-type: none"> • Nível de conforto; • Controle da dor; • Dor: efeitos nocivos; • Nível de dor. 	Resultados sugeridos <ul style="list-style-type: none"> • Nível de controle; • Controle depressão; • Nível de depressão; • Controle da dor; • Dor: efeitos nocivos;
Resultados associados adicionais <ul style="list-style-type: none"> • Controle de sintomas; • Gravidade de sintomas; • Gravidade de sintomas: Perimenopausa; • Bem estar. 	Resultados associados adicionais <ul style="list-style-type: none"> • Controle de sintomas; • Gravidade de sintomas; • Bem estar; • Qualidade de vida.

Fonte: elaboração própria